

# El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro

---

16-30-00011



---

ISBN:

Cómo citar: Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). El reto de los cuidados  
socio-sanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro. Madrid, octubre 2016.

---

## Índice

1.	Resumen ejecutivo.....	5
2.	Introducción.....	9
3.	La Atención sociosanitaria.....	10
3.1.	Definición de atención sociosanitaria .....	10
3.2.	Perfiles beneficiarios de la atención sociosanitaria.....	12
3.3.	Los cuatro ámbitos de la atención sociosanitaria .....	13
3.4.	Los cuidados sociosanitarios intermedios.....	14
4.	Beneficios de los cuidados sociosanitarios intermedios .....	17
4.1.	Mejora de los resultados en salud y de la satisfacción del paciente .....	19
4.2.	Mejor utilización de recursos sanitarios y coste efectividad.....	21
4.3.	Modelo de cuidados e intervenciones eficaces .....	22
5.	Demanda insatisfecha y atendida de forma inadecuada .....	24
5.1.	Utilización inadecuada de camas de agudos.....	26
5.2.	Ingreso no apropiado en centros residenciales de larga estancia.....	27
5.3.	<b>Pacientes atendidos en el entorno comunitario.....</b>	<b>28</b>
5.4.	Situación insostenible ante el envejecimiento de la población.....	29
6.	Una oferta de cuidados sociosanitarios intermedios insuficiente y asimétrica.....	32
6.1.	Mapa de cuidados intermedios en España .....	32
6.2.	Análisis comparado internacional .....	39
6.3.	Conclusiones .....	45
7.	Propuesta para el desarrollo de los cuidados sociosanitarios intermedios.....	47
7.1.	Prioridad en la agenda de la política sanitaria.....	47
7.2.	Sistema de acreditación de centros que clarifique roles y responsabilidades .....	49
7.3.	Desarrollo normativo claro de perfiles de beneficiarios y cartera de servicios.....	50
7.4.	Despliegue de la oferta adaptada a las características de las comunidades autónomas .....	54
7.5.	Sistema de pago por actividad adecuado.....	57
8.	Conclusiones .....	59
9.	Anexos.....	63
9.1.	Fichas de actividad sociosanitaria de las comunidades autónomas.....	63
9.2.	Estudio de camas liberables de agudos.....	80

10.	Bibliografía .....	83
10.1.	Estudios consultados para la revision de literatura.....	83
10.2.	Otra bibliografía consultada.....	85
11.	Autores y colaboradores .....	87
11.1.	Comité de expertos.....	87
	El presente estudio ha contado con la participación y asesoramiento del siguiente grupo de expertos:.....	87
11.2.	Otros colaboradores .....	87
	Durante la elaboración del presente documento se llevó a cabo una reunión de expertos del sector para identificar las barreras y palancas del sector sociosanitario en España. Los participantes en la misma fueron los siguientes: .....	87
	• <b>Gerardo Amunarriz</b> , Director General de la Fundación Matía .....	87
	• <b>César Antón</b> , Director General del IMSERSO .....	87
	• <b>Montserrat Cervera</b> , Directora de Antares Consulting .....	87
	• <b>Joan Ferri</b> , Director del Servicio de Daño Cerebral de Hospitales Nisa.....	87
	• <b>Vicente Gil</b> , Director Gerente del Hospital de Manises .....	87
	• <b>Ana Miquel Gómez</b> , Médico de Atención Primaria del SERMAS, profesora en la Universidad Rey Juan Carlos y miembro de IFIC.....	87
	• <b>Josep Pascual</b> , Director Técnico Asistencial de SARquavitae .....	87
	• <b>Julio Sánchez Fierro</b> , Vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario .....	87
	• <b>Albert Vergés</b> , Director General de la Fundación Edad & Vida .....	87
	• <b>Fernando Vicente</b> , Vocal Asesor del IMSERSO.....	87
11.3.	Edición y redacción .....	87
11.4.	Entidades que forman parte de IDIS .....	88



---

# 1. Resumen ejecutivo

## La atención sociosanitaria

La atención sociosanitaria se define como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con la finalidad de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social

La atención sociosanitaria debe entenderse a su vez como una yuxtaposición de cuatro ámbitos diferenciados, aunque no excluyentes, delimitados por los perfiles de pacientes a los que prestan atención.

- Personas con pérdida de autonomía
- Personas con enfermedades crónicas
- Personas con necesidades de cuidados intermedios post-hospitalario
- Personas con necesidades de atención en salud mental.

## Los cuidados sociosanitarios intermedios (CSI)

El presente documento pretende ofrecer un análisis exhaustivo del estado de situación y perspectivas de futuro del ámbito de los cuidados sociosanitarios intermedios (CSI). Esta modalidad asistencial ha supuesto un reto para los sistemas sanitarios en los últimos años y en nuestro país aún tiene un largo camino por recorrer para ser comparable con otros países de nuestro entorno.

Este tipo de cuidados representan la transición del paciente de un episodio de hospitalización aguda al domicilio o residencia caracterizado por una dependencia médica y social y posibilidad de recuperación funcional. Una de las características fundamentales de los cuidados sociosanitarios intermedios es la multidisciplinariedad que requieren. Asimismo, los pacientes que reciben este tipo de atención han de ser debidamente seleccionados, pues no es adecuada para todos los perfiles englobados en el sector sociosanitario. La estancia media de este tipo de cuidados oscila entre las 2 y 6 semanas, estando destinados a pacientes que de otra forma alargarían su estancia en el hospital de agudos.

### ¿Qué beneficios aportan los CSI?

Los cuidados sociosanitarios intermedios permiten, por tanto, liberar recursos de los hospitales de agudos y regular la utilización de otros servicios sanitarios como visitas y urgencias. No obstante, el principal beneficio de este tipo de cuidados, como así recogen los estudios, es la satisfacción del paciente que recibe esta modalidad de atención. No resulta extraño por tanto decir, que los cuidados sociosanitarios intermedios generan una atención centrada en el paciente, motivada fundamentalmente por su recuperación en un entorno lo más confortable posible. Aunque los cuidados sociosanitarios intermedios liberen recursos y generen un ahorro evidente, su coste-efectividad es difícil de valorar debido a la complejidad de las metodologías empleadas en los estudios consultados.

---

Asimismo, se han reportado resultados similares a la hospitalización tradicional en cuanto a resultados en salud y mortalidad.

### Caracterizando la demanda

Ante un panorama sanitario en el que el 45% de las altas médicas anuales se producen en mayores de 65 años, es necesario generar nuevas estructuras para hacer frente a la demanda futura ante el inminente envejecimiento de la población. A día de hoy, se atiende de forma inadecuada a muchos pacientes cuya atención idónea pasa indudablemente por los cuidados sociosanitarios intermedios. Debido a la inexistencia de los recursos sociosanitarios necesarios para atender a estos pacientes, actualmente se han desarrollado otras formas de atención poco apropiadas para el perfil del paciente:

- El alargamiento de la estancia en hospitales de agudos: en España se realizarían 1,35 millones de estancias inadecuadas, el equivalente a 4.300 camas de hospitalización con un coste asociado de 884,8 millones de €.
- El alta temprana del paciente y posterior ingreso en centros residenciales privados para terapia rehabilitativa: según estimaciones realizadas se producirían al año más de 7.300 ingresos de pacientes con necesidades sociosanitarias en centros residenciales privados.
- El alta del paciente y atención a domicilio: aunque difícilmente cuantificable ante la falta de información, muchos pacientes son atendidos por atención primaria en el propio domicilio sin haber desarrollado recursos específicos para ello.

Aunque la demanda se ha absorbido hasta ahora de forma considerablemente eficiente, los mecanismos generados no podrán mantenerse durante mucho más tiempo. La alternativa más sensata, con menor coste y mayores beneficios para los pacientes es sin duda los cuidados sociosanitarios intermedios, ya sean ofrecidos en un centro específico, en centros residenciales debidamente acreditados o en el propio domicilio del paciente.

### Mapa de recursos sociosanitarios

El mapa sociosanitario de España a día de hoy resulta complejo debido a la cantidad de recursos disponibles, de muy diferente índole y a muy diferente nivel. Se ha caracterizado esta oferta en España mediante:

- Plazas de media y larga estancia: con 14.884 camas en 134 centros de convalecencia y geriatría. A pesar de que el número de camas ha crecido un 78% en los últimos 20 años, la cobertura española de 0,32 camas por 1.000 habitantes es claramente insuficiente y muy alejada del estándar internacional de 1 cama por 1.000 habitantes. Si atendemos al número de plazas por comunidad autónoma, observamos que una única comunidad (Cataluña) concentra más del 50% de las plazas.
- Hospitalización a domicilio: las 107 unidades disponibles en el territorio nacional atendieron en el último año a casi 100.000 pacientes. Al igual que sucede con los plazas de media y larga estancia, la oferta se encuentra muy concentrada territorialmente en la Comunidad Valenciana (37% del total) y Cataluña (19% del total).

- Centros residenciales de larga estancia: con 351.548 plazas y una cobertura de 4,09 plazas por 100 personas mayores de 65 años, España se sitúa próxima a los estándares internacionales. La cobertura en este caso también es asimétrica, siendo muy superior en las provincias con una baja densidad de población y amplia dispersión de centros.

En comparación con otros países del entorno europeo, España aún tiene un largo camino por recorrer, especialmente en la creación de plazas sociosanitarias en centros específicos. Los países con una oferta más robusta de los estudiados son Suiza, Alemania y Francia, con una cobertura hasta 7 veces superior a la de España.

### Propuestas de futuro

Teniendo en cuenta los problemas derivados de la demanda y los recursos disponibles, es necesario realizar propuestas realistas y acordes a la situación en la que se encuentra sumida el sector de los cuidados sociosanitarios intermedios. Pero ¿qué es entonces necesario para el desarrollo de esta modalidad asistencial?

- Establecer los cuidados sociosanitarios intermedios como prioridad política, ya no sólo nivel regional cómo se ha desarrollado hasta ahora, sino de forma nacional. Los principales argumentos para ello radican en la contención de la demanda en hospitalización de agudos y el desarrollo de un modelo de atención mucho más adecuado y eficaz para los pacientes.
- Desarrollar un sistema de acreditación de centros para eliminar la inequidad en la calidad de los servicios, adecuar la regulación y aumentar la visibilidad de los cuidados sociosanitarios intermedios entre los usuarios.
- Apostar por un desarrollo normativo que defina de forma clara el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación. De esta forma se garantizará la equidad de los cuidados intermedios en todo el territorio y se adaptará el modelo asistencial a los nuevos retos demográficos y sociales.
- Adaptar el desarrollo de la oferta en cada comunidad a los recursos ya disponibles en cada una de ellas. La existencia de una amplia gama de recursos en cada comunidad permite multitud de opciones adecuadas para el desarrollo de la oferta sociosanitaria. Si bien algunas comunidades pueden aprovechar los recursos ya existentes (bien en centros de media y larga estancia, hospitalización a domicilio o centros residenciales acreditados), otras comunidades deberán aumentar necesariamente la capacidad mediante la creación de nuevas plazas. No existe una única solución adecuada, sino que cada comunidad debe adecuar su situación específica para generar una oferta basada en necesidades reales.
- Adoptar un sistema de pago por actividad adecuado, incentivando la transición del hospital de agudos a los cuidados intermedios. De esta forma se maximizará la eficiencia de los cuidados y se favorecerá a los modelos más orientados al usuario.

Parece obvio pensar por tanto, que desarrollar estas propuestas es una apuesta segura hacia la mejora de la calidad de la atención, la mayor satisfacción del paciente, la contención de la demanda en hospitales de agudos y mayor eficiencia del sistema. Apostar por los cuidados

---

sociosanitarios intermedios, es por tanto, apostar por el desarrollo a corto plazo del sistema sanitario y social.

## 2. Introducción

La atención sociosanitaria, cuya definición será tratada en el siguiente capítulo, ha representado un reto para el Sistema Nacional de Salud en los últimos años. Los avances alcanzados en nuestro país hasta el día de hoy en este ámbito no han supuesto logros significativos, excepto algunas experiencias aisladas a nivel autonómico. Mientras que el desarrollo de la atención sociosanitaria en España es todavía escaso y desigual, esta modalidad de atención ha experimentado grandes avances en la mayoría de países de nuestro entorno.

El desarrollo de la atención sociosanitaria ha estado potenciado, entre otros, por los siguientes factores:

- 1 Presión asistencial en hospitales de agudos
- 2 Envejecimiento de la población y aumento de la cronicidad de las patologías
- 3 Tecnología disponible que permite la terapia de pacientes en el propio domicilio
- 4 Políticas de cuidados continuos e integrados
- 5 Aumento de la presión en la financiación del sistema
- 6 La propia elección del paciente
- 7 Evaluaciones positivas de estrategias similares desarrolladas

Fuente: Department of Health (1997). *Better services for vulnerable people: maintaining the momentum*. London: Department of Health.

Los beneficios de este abordaje integrado y coordinado de los pacientes con necesidades asistenciales específicas han sido constatados en múltiples estudios, destacando el éxito en la rehabilitación de los pacientes y la reducción del consumo de recursos asistenciales y sociales (camas de agudos y de larga estancia fundamentalmente).

El presente documento pretende ofrecer al lector un análisis del estado de situación de la atención sociosanitaria en España, concretamente del ámbito de los cuidados sociosanitarios intermedios y, determinar el grado de avance que ha experimentado este sector frente a otros países del entorno europeo. Hemos considerado oportuno incidir en las barreras a las que se enfrenta la atención sociosanitaria y las palancas disponibles para su desarrollo, ya que son estos elementos los que determinarán el éxito o fracaso de las futuras iniciativas.

---

## 3. La Atención sociosanitaria

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud definía por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico el concepto de atención sociosanitaria. Los reales decretos posteriores a esta ley no fijaron la cartera de servicios correspondientes a la prestación sociosanitaria, incumpliendo el mandato legal.

La Ley de Dependencia de diciembre de 2006, a pesar de incluir algunas alusiones a la coordinación sociosanitaria, tampoco dio respuesta a la necesidad de regulación específica para este tipo de cuidados. Por ello, el Real Decreto Ley de 19 de agosto de 2011 establecía la necesidad de desarrollar una Estrategia Sociosanitaria antes de 2013. Como consecuencia de ello, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publicaba en diciembre de 2011 el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España.

### 3.1. Definición de atención sociosanitaria

De acuerdo al artículo 14 de la mencionada Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, podemos definir la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con la finalidad de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.

Se añade que dicha atención comprende con carácter básico los cuidados sanitarios de larga duración de la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención sociosanitaria supone, por tanto, un conjunto de cuidados o servicios, para cuya provisión es necesario desarrollar estructuras asistenciales adecuadas y adaptadas a los recursos disponibles e integrarlas de forma efectiva en el sistema sanitario ya existente. Se abre aquí un nuevo debate, defendiendo algunos expertos la necesidad de integrar los servicios que constituyen este ámbito asistencial, y no necesariamente las estructuras de soporte desarrolladas.

El Libro Blanco de la Dependencia publicado en 2004 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) apostaba por la coordinación sociosanitaria para el desarrollo de este abordaje asistencial. Este modelo suponía la existencia de dos redes asistenciales (la sanitaria y la social), sobre las que desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a ordenar los sistemas y ofrecer una respuesta integral a los pacientes que requieren este tipo de cuidados. En este documento se incide en algunas cuestiones metodológicas de interés:

- Confluencia de mapas sanitarios y servicios sociales.
- Descentralización en la toma de decisiones.
- Diseño de protocolos conjuntos.

- Sistemas de información y de valoración comunes.
- Equipos multidisciplinares.

Los expertos coinciden asimismo en destacar la necesidad de respuestas individualizadas y centradas en el paciente, ya que así lo determinan la complejidad y el carácter multifacético de este ámbito.

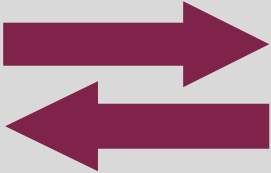
#### Conceptos clave:

- Intervención simultánea, significativa y sinérgica centrada en el paciente.
- Recuperación de la autonomía, paliación de limitaciones o facilitación de la reinserción.
- Intervención limitada en el tiempo con puntos de entrada y salida bien definidos.
- Continuidad y coordinación de servicios.

La complejidad del concepto y la implicación de multitud de servicios de diferentes ámbitos, provocan que ciertas estrategias se clasifiquen como sociosanitarias, aunque no cumplan estrictamente los criterios establecidos ya que se comportan como un eslabón indispensable en la continuidad de la cadena de cuidados. El *National Health Service* (NHS) incidió en algunos servicios y formas de atención que son común y erróneamente identificados como intervenciones sociosanitarias como la rehabilitación incluida dentro de los cuidados de agudos u otros servicios de apoyo, entre otros.

Las modalidades y recursos de atención sociosanitaria están claramente definidos, siendo el elemento clave la capacidad de asegurar la continuidad asistencial entre el ámbito social y el sanitario mediante estrategias de integración y coordinación. Aunque determinados argumentos técnicos apoyen la unificación de estructuras en una red única, se podrían generar duplicidades y por tanto, costes adicionales de gestión. La coordinación sociosanitaria favorece el reconocimiento de las competencias de ambos ámbitos, haciendo que la eficiencia, sostenibilidad y resultados del sistema sean óptimos.

Tabla 1: Integración de ámbitos en la atención sociosanitaria

ÁMBITO SOCIAL	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR GESTOR DEL CASO (nivel primario de atención sanitaria y social)	ÁMBITO SANITARIO
<p><b>Atención en domicilio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Particular/acogimiento familiar (atención social básica, servicios de ayuda, servicios de tutela y acompañamiento, u otros...)</li> <li>Tutelado (vivienda tutelada, hogar funcional para mayores, hogar para discapacitados...)</li> <li>Teleasistencia social</li> </ul> <p><b>Atención con estancias diurnas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centros de día en sus diferentes variaciones (centro de día especializado, centro de rehabilitación psicosocial, centro de día para personas dependientes, terapia ocupacional ...)</li> </ul> <p><b>Atención en centros residenciales</b> (para personas mayores, para personas con discapacidad...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Con asistencia social</li> <li>Con asistencia social y sanitaria (residencias asistidas)</li> </ul> <p><b>Atención en centros monográficos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Centros monográficos (CEADAC...)</li> </ul>		<p><b>Atención en domicilio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención primaria</li> <li>Atención domiciliaria</li> <li>Hospitalización a domicilio</li> <li>Cuidados paliativos</li> <li>Seguimiento y monitorización de pacientes crónicos o convalecientes (telemedicina, etc.)</li> </ul> <p><b>Atención en consulta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención primaria</li> <li>Atención especializada</li> </ul> <p><b>Atención en centro de día</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de día</li> <li>Unidad de rehabilitación</li> <li>Centro de salud mental</li> </ul> <p><b>Atención con Ingreso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital de agudos</li> <li>Hospital de media- larga estancia</li> <li>Unidades de convalecencia</li> <li>Cuidados paliativos</li> </ul>

Fuente: Documento de base para una atención integral Sanitaria. Sanitaria 2000, Mayo 2015.

### 3.2. Perfiles beneficiarios de la atención sociosanitaria

Una vez definida la atención sociosanitaria, es necesario delimitar su alcance en base a los perfiles de necesidad de los pacientes. Aunque tradicionalmente se ha asociado la atención sociosanitaria con los pacientes ancianos y crónicos, son muchos los perfiles que pueden beneficiarse de la atención sociosanitaria.

Concretamente, la atención sociosanitaria debe dar respuesta a los siguientes perfiles<sup>1</sup>:

1. Personas con pluripatología (más de 2-3 diagnósticos) y enfermedades crónicas de larga duración.
2. Personas que sin patología previa relevante sufren un proceso que, superada la fase aguda, causa incapacidad grave potencialmente reversible.
3. Personas que tras una intervención quirúrgica o proceso agudo sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o exploraciones antes de volver al domicilio.
4. Personas avanzadas sin expectativa de curación y con pronóstico de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort.

<sup>1</sup> Elaboración propia a partir de Documento de base para una atención integral Sanitaria. Sanitaria 2000, Mayo 2015 y Coordinación y atención sociosanitaria. Consejo Asesor de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Abril 2013.



- 
5. Personas que necesitan cuidados y curas de enfermería, o administración de medicamentos que requiere técnicas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos.
  6. Personas enfermas con riesgo de empeoramiento de su estado de salud y con dependencia funcional, incluyendo las personas con demencia, enfermedades crónicas de larga evolución y personas mayores frágiles, entre otras.
  7. Personas con discapacidad física y dependencia funcional elevada: personas con daño cerebral adquirido, enfermedad neurodegenerativa u otras enfermedades raras o crónicas que causen limitación funcional severa, lesión medular adquirida, entre otros.
  8. Personas con discapacidad asociada a enfermedad mental:
    - a) trastorno mental moderado o grave de evolución prolongada,
    - b) patología adictiva y
    - c) discapacidad asociada a enfermedad mental en menores de edad con alteraciones importantes de conducta, todos ellos con alta necesidad de cuidados sociales y sanitarios.

### 3.3. Los cuatro ámbitos de la atención sociosanitaria

Los ocho perfiles de pacientes sociosanitarios definidos y bien diferenciados disponen de objetivos asistenciales asociados de muy diferente índole. Dichos objetivos pueden agruparse en cuatro categorías diferentes, generando, por consiguiente, los cuatro grados ámbitos de la atención sociosanitaria. Estos ámbitos no son excluyentes, de forma que los pacientes pueden mutar sus perfiles y objetivos, ocupando varios de estos ámbitos al mismo tiempo.

Debido a esta yuxtaposición de ámbitos, resulta evidente pensar que las necesidades de coordinación y comunicación entre los diferentes ámbitos de la atención sociosanitaria deben ser exhaustivas para evitar duplicidades y conseguir una gestión óptima del paciente.

Figura 1: Los ámbitos de la atención sociosanitaria



Fuente: Elaboración propia.

### 3.4. Los cuidados sociosanitarios intermedios

El presente estudio se centra en la atención sociosanitaria conocida como la aplicada a los «Cuidados Sociosanitarios Intermedios (CSI)», la confluencia entre la enfermedad y la discapacidad. Uno de los principales problemas a los que se han tenido que enfrentar los expertos del sector es la terminología del concepto, poco homogénea internacionalmente. Esto ha provocado que en España se hayan empleado multitud de términos provenientes de la traducción literal de algunos conceptos habituales en países de nuestro entorno. En Francia, los CSI se denominan *Soins de suite et de Réadaptation* (cuidados de continuación y readaptación), mientras que en Bélgica se denominan *Soins prolongés* (cuidados prolongados). Por otro lado, Reino Unido agrupa los cuidados intermedios bajo los conceptos *Intermediate Care* o *Transition Care*. Cabe destacar que la denominación de *Long Term Care*, cuya traducción literal son cuidados a largo plazo y cuyo alcance es mucho más amplio que los CSI, parece ser la más habitual en aquellos países que no emplean ninguna terminología propia.

Actualmente en España las denominaciones más comunes para este tipo de cuidados incluyen:

- Cuidados subagudos: orientados a tratar de manera inmediata después de un proceso de hospitalización aguda uno o más problemas médicos complejos. La estancia media suele ser menor a los 10 días.
- Cuidados de transición: conjunto de acciones destinadas a garantizar la coordinación y la continuidad de la salud durante la transferencia de pacientes entre diferentes ubicaciones o diferentes niveles de atención.

- Cuidados post-hospitalización: nivel de atención limitado a un período de tiempo de corta duración tras un episodio agudo de hospitalización.
- Cuidados sociosanitarios intermedios: acciones asistenciales de carácter multidisciplinar con el fin de rehabilitar parte o la totalidad de la capacidad funcional afectada en el paciente tras un proceso agudo. Es el término que emplearemos a lo largo del documento por su idoneidad.

La elección del término cuidados sociosanitarios intermedios debe entenderse como un concepto amplio, el cual incluye todos los cuidados de postagudos anteriormente mencionados. El alcance de los CSI englobaría por tanto, los cuidados situados entre dos extremos, en uno estaría el hospital de agudos con alta tecnología sanitaria y en el otro el domicilio o residencia social (medio sanitizado).

El *King's Fund* fue pionero en intentar conceptualizar los cuidados sociosanitarios intermedios allá por 1997, cuando aún no eran reconocidos como parte indispensable del sistema sanitario. Por aquel entonces, los expertos coincidían en situar este tipo de cuidados en los límites de una amplia variedad de servicios ya existentes (cuidados comunitarios, cuidados continuados, etc.). De acuerdo a los expertos, estos servicios podrían constituir los cimientos sobre los que desarrollar las estructuras sociosanitarias, aunque también podrían constituir una barrera para el desarrollo de un nuevo paradigma asistencial.

Los cuidados sociosanitarios intermedios se definen bajo los siguientes criterios<sup>2</sup>:

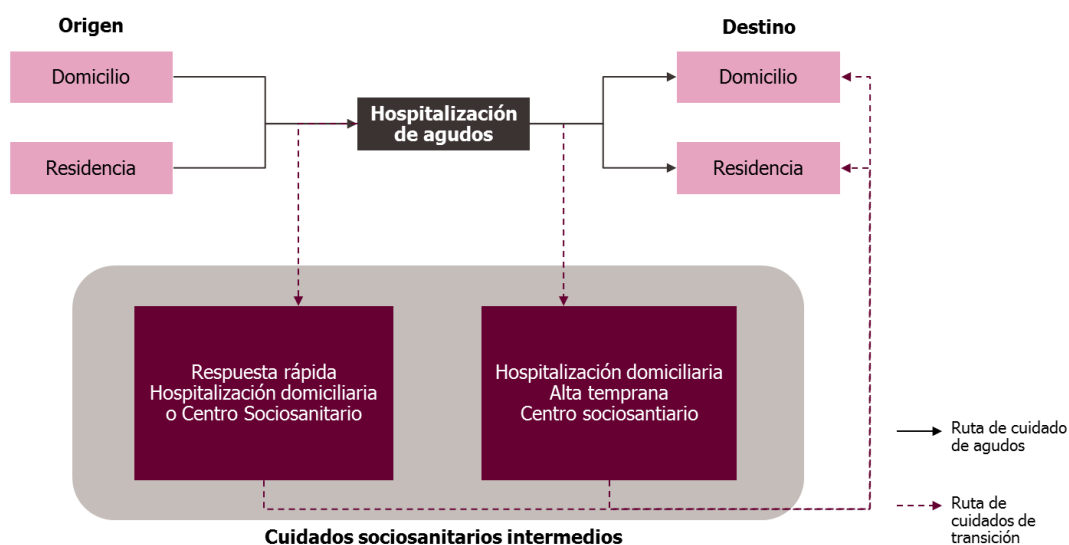
- Están dirigidos a personas que de otra manera deberían hacer frente a largas hospitalizaciones innecesarias, o la inadecuación de su estancia hospitalaria
- Se les proporciona sobre la base de una evaluación multidisciplinar exhaustiva, lo que resulta en un plan de atención individual estructurado que consiste en una terapia activa, tratamiento u oportunidad para la recuperación de las capacidades funcionales.
- Tienen un resultado previsto de maximizar la independencia y por lo general permite a los pacientes o usuarios volver a vivir en su configuración domiciliar habitual.
- Son de tiempo limitado, normalmente no más de 6 semanas y con una duración mínima habitual de entre 1 y 2 semanas.
- Implican trabajo inter-profesional, con un marco de evaluación individual, los registros profesionales individuales y protocolos compartidos.

Los cuidados sociosanitarios intermedios son aquellas actividades que conciernen pacientes en transición entre el hospital y el domicilio, y de una situación de dependencia médica y social hacia una autonomía funcional.

<sup>2</sup> Stevenson J, Spencer L. Developing Intermediate Care: a guide for health and social services professionals. King's Fund, 2002.

Esta modalidad de cuidados sociosanitarios intermedios, permite el retorno del paciente al domicilio, acorta las estancias medias y evita hospitalizaciones y reingresos innecesarios, garantizando la recuperación de las capacidades funcionales del paciente y la reincorporación a sus actividades habituales. Asimismo, el uso del pre-alta aparte de ser una herramienta para optimizar la estancia media implica una fuerte potenciación de las relaciones con otros centros y servicios para la gestión del paciente, y un refuerzo de la coordinación sociosanitaria.

**Figura 2: Cuidados sociosanitarios intermedios: antes y después del hospital**



Fuente: Elaboración propia.

Los elementos característicos de los cuidados sociosanitarios intermedios son:

- Identificación clara del perfil de los pacientes.
- Programas de planificación del alta médica y la transición.
- Cuidados médicos de media intensidad.
- Plan individualizado de atención y evaluación multidisciplinar: geriátrica, de rehabilitación y psicogeriátrica.
- Predominio de los cuidados de enfermería y rehabilitación.

## 4. Beneficios de los cuidados sociosanitarios intermedios

Para definir los beneficios de los cuidados sociosanitarios intermedios se ha acudido a la literatura científica disponible. Tras una extensa búsqueda bibliográfica se han revisado cerca de 29 estudios publicados en revistas científicas, y 2 estudios de revisión de literatura (del Reino Unido y Australia) con una revisión de más de 87 estudios internacionales.

Los estudios analizados identifican beneficios potenciales de los cuidados intermedios en los siguientes cuatro ámbitos:

- Mejora de la satisfacción de los pacientes y profesionales.
- Utilización óptima y liberación de recursos sanitarios.
- Ahorro de costes aunque coste-efectividad difícil de demostrar.
- Resultados en salud semejantes a los encontrados en otras modalidades de atención.

Tabla 2: Cuadro resumen de los beneficios de los cuidados sociosanitarios intermedios.

Beneficio	Evidencia demostrada
Satisfacción del paciente	Evidencia en mejora de la satisfacción del paciente.
Readmisiones	Evidencia de la reducción de readmisiones hospitalarias y de utilización de servicios sanitarios (visitas y urgencias).
Estancia media hospitalaria	Evidencia de que los pacientes transferidos a centros sociosanitarios de cuidados intermedios tienen menor estancia media hospitalaria que los no transferidos.
Coste-efectividad	Evidencia limitada sobre el coste efectividad de los cuidados de transición, principalmente por la dificultad metodológica de demostración. Por otra parte, sí existe evidencia de liberación de recursos en el ámbito hospitalario.
Retorno a domicilio	Evidencia débil de mejora significativa en tasa de retorno a domicilio.
Mortalidad	No existe evidencia de mejoras significativas en la tasa de mortalidad.
Capacidad funcional recuperada	Existe evidencia de que los pacientes que se benefician de los cuidados intermedios recuperan capacidad funcional, pero no hay evidencia que esta recuperación sea superior a la de los pacientes que se recuperan en el hospital.

Fuente: Elaboración propia a través de revisión bibliográfica.

---

Una buena parte de la literatura analiza los modelos de cuidados intermedios independientemente de que éstos sean mediante traslado a otro centro de internamiento o esquemas de atención domiciliaria:

- Gran parte de la literatura reporta la obtención de estos beneficios basada en gestionar la transición post-alta del paciente a diferentes esquemas de atención post-hospitalización.
- Los elementos que aparecen como esenciales son los considerados anteriormente: valoración multidisciplinar, planes de cuidados individualizados, preparación precoz del alta, gestión de la transición (gestión de casos), foco en la rehabilitación, coordinación de las necesidades de servicios, medidas de apoyo, seguimiento regular...
- Parece por tanto haber un esquema común de cuidados sociosanitarios intermedios para cualquier tipo de plan de servicios post-hospitalización de agudos.
- La literatura es muy variada cuando compara resultados en diferentes esquemas y para diferentes patologías o cuando se comparan los resultados de la atención domiciliaria, en centros sociosanitarios no especializados, o en centros especializados de rehabilitación.
- En cambio, es bastante coincidente al comparar los resultados de los modelos de cuidados sociosanitarios intermedios con la atención hospitalaria tradicional: los resultados son similares o mejores a la atención hospitalaria.
- Esta valoración es coincidente con la ya clásica evidencia de la mejora de resultados por la implantación de la valoración geriátrica de los pacientes.

Asimismo, la revisión de la literatura también permite identificar retos comunes para el desarrollo de los cuidados intermedios:

- Falta de financiación o financiación insuficiente.
- Dificultad en atraer y retener profesionales cualificados.
- Aislamiento de los profesionales en medio rural.
- Trabajo efectivo coordinado entre el ámbito sanitario y social.
- Diferencias en condiciones de trabajo entre el ámbito sanitario y social.
- Sistemas de información incompatibles entre el ámbito sanitario y social.
- Falta de implicación de médicos por el desconocimiento de los resultados clínicos.

Cabe destacar la falta de estudios e información disponible en determinados aspectos de notorio impacto y la enorme variedad de metodologías empleadas en los estudios que se encuentran disponibles, complicando la comparación y extrapolación de resultados. No obstante, veremos a continuación, algunos ejemplos concretos del impacto de los cuidados intermedios en los sistemas sanitario y social.

#### 4.1. Mejora de los resultados en salud y de la satisfacción del paciente

Los cuidados intermedios permiten a los pacientes recuperar su capacidad funcional y cognitiva, mejorar su calidad de vida y reducir su mortalidad de forma semejante a los pacientes que reciben hospitalización tradicional.

- Recuperación de la capacidad funcional y/o cognitiva: se ha encontrado evidencia de la efectividad de los cuidados intermedios en dolencias como el síndrome coronario agudo, ictus, fractura de cadera, malnutrición, demencia y depresión. Según los expertos, el estado inicial del paciente y la actitud de éste ante la terapia son dos elementos clave para determinar la efectividad de los programas de cuidados intermedios. Por ello, es fundamental realizar cuidadosamente la selección de pacientes que pueden beneficiarse de este tipo de cuidados. En caso contrario, las iniciativas pueden suponer duplicar esfuerzos, escaso impacto y pérdida de coste-efectividad.
- Calidad de vida: los estudios<sup>3</sup> sugieren que los pacientes disponen de una mejor calidad de vida, al recibir un tratamiento y terapias personalizadas que les permiten recuperar con mayor prontitud una parte o la totalidad de su capacidad funcional afectada.
- Mortalidad: no existe evidencia suficiente de que los cuidados intermedios reducen la mortalidad de los pacientes. No obstante, los expertos insisten en la efectividad de este tipo de cuidados, reportando resultados análogos a las alternativas tradicionales de hospitalización de agudos o ingreso en centros residenciales de larga estancia.

Tabla 2: Beneficios por perfil de paciente

Perfil paciente	Beneficios
Personas mayores tras episodio agudo o exacerbación enfermedad crónica <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los resultados en salud en centros de cuidados intermedios son iguales o mejores al de pacientes que permanecen en el hospital.</li><li>• El número de readmisiones es inferior, así como los costes de atención.</li></ul>
Pacientes con fractura de cadera <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los pacientes tratados en un centro de cuidados intermedios para recuperación de fractura de cadera presentaron resultados de salud similares a los que permanecieron en el hospital: recuperación capacidad funcional pendiente, % de altas a domicilio.</li></ul>

<sup>3</sup> Preventing dependency and promoting independence of older people: key issues for improving performance in health and social care. London: King's Fund. Parker G. What works and what doesn't in intermediate care? Presentación en la Conferencia de *Intermediate Care* del King's Fund y BMA Age Concern England, 18 marzo 2002. London: BMA House. Trappes-Lomax T et al. Buying time: an evaluation of the effectiveness and cost-effectiveness of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. University of Exeter, 2002.

<sup>4</sup> Inzitari M et al. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gaceta Sanitaria* (2012), 26; 2: 166-69. Kaambwa B et al. Costs and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health Soc Care Community* (2008); 16: 573-81. Bowles KH et al. Post-acute referral decisions made by multidisciplinary experts compared to hospital clinicians and the patients' 12-week outcomes

<sup>5</sup> Polder et al. A cost minimisation study of alternative discharge policies after hip fracture repair. *Health Econ* (2003); 12: 87-100. Taraldsen K et al. Physical behavior and function early after hip fracture surgery in patients receiving comprehensive geriatric care or orthopedic care – a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (2013).

Perfil paciente	Beneficios
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin embargo, el coste de la atención fue inferior.</li> </ul>
<b>Pacientes con accidentes vasculares cerebrales</b> <sup>6</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencia de resultados en salud positivos, pero mucha variación entre las intervenciones de cuidados intermedios debido a: diferentes enfoques (necesidad de formalizar el concepto y modelo de atención) y formas de medir los resultados.</li> </ul>
<b>Personas con enfermedades avanzadas sin expectativa de curación y con pronóstico de vida limitado</b> <sup>7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes con cuidados paliativos mejoran su calidad de vida: el alivio de los síntomas físicos (dolor, fatiga, falta de apetito, náuseas y vómitos) y el alivio de síntomas emocionales (asumir final del proceso).</li> <li>Coste-efectivo frente a tratamientos oncológicos sin expectativas de modificar curso de la enfermedad.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de revisión bibliográfica.

Un estudio reciente de revisión de literatura<sup>8</sup> (87 estudios de USA, Canadá, Europa, Australia, Nueva Zelanda) aporta algunos elementos de interés que exponemos a continuación:

- Los programas de alta temprana o precoz tienen el mayor nivel de evidencia, existiendo estudios en los pacientes con fracturas de cadera, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y ancianos frágiles. Estos estudios evidencian que estas intervenciones generan mejores resultados funcionales, disminución en las admisiones a los centros de larga estancia, la reducción de reingresos y un mejor ratio de coste-efectividad.
- Hay pruebas razonables de que los cuidados sociosanitarios intermedios puede mejorar la calidad de vida y la satisfacción del paciente, mientras que no existe evidencia de que las tasas de mortalidad se vean afectadas.

Los cuidados sociosanitarios intermedios destacan por sus altos índices de satisfacción, tanto entre pacientes como entre profesionales sanitarios.

<sup>6</sup> Fjaertoft H et al. Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* (2004); 18: 580-6. Indredavik B et al. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: a randomized controlled trial. *Stroke* (2000); 31: 2989-94.

<sup>7</sup> Saysell E et al. Pilot project of an intermediate palliative care unit within a registered care home. *Int J Palliat Nurs* (2004), 10; 8: 393-8. May P et al. Palliative care teams' cost-saving effect is larger for cancer patients with higher number of comorbidities. *Health Affairs* (2016), 35; 1: 44-53.

<sup>8</sup> Dawda P, Russell L. Sub-acute care: an international literatura review. Australian Primary Health Care Research Institute (Australian National University). Mayo 2014.



- Experiencia del paciente: algunos autores<sup>9</sup> destacan la valoración positiva que hacen los pacientes sobre recibir estos cuidados en su propio domicilio o en centros comunitarios, con una atención y cuidados continuos pero de carácter menos invasivo que los recibidos en las unidades de hospitalización.
- Satisfacción del profesional: un estudio<sup>10</sup> ponía de manifiesto algunas de las ventajas del trabajo coordinado que implican los cuidados intermedios. Si bien es necesario un intenso trabajo previo de coordinación e integración de servicios, los profesionales involucrados en este tipo de cuidados proveen una asistencia de mayor calidad y efectividad, sufren menores niveles de estrés y son más proclives a desarrollar iniciativas de carácter innovador.

#### 4.2. Mejor utilización de recursos sanitarios y coste efectividad

Los cuidados intermedios permiten una mejor utilización de recursos sanitarios, liberando principalmente la presión asistencial de los centros de hospitalización de agudos.

Uno de los puntos fuertes de esta modalidad de atención es, como se ha indicado anteriormente, su capacidad para liberar presión asistencial al sistema y utilizar de forma más eficiente los recursos disponibles.

- Reducción de admisión y/o readmisiones (tanto en hospitales como en centros de larga estancia). Según un estudio llevado a cabo en Reino Unido<sup>11</sup>, los pacientes hospitalizados que ya no requieren de cuidados especializados de agudos suponen entre el 20% y el 40% del total de camas disponibles. Sin ir más lejos, en España ciframos en 4.200 las camas ocupadas por pacientes que requieren cuidados intermedios, el equivalente a 5 grandes hospitales de tercer nivel (véase capítulo 4). Los cuidados sociosanitarios intermedios ofrecen por tanto, una alternativa viable para aliviar la presión asistencial con un mínimo coste para el sistema.
- Reducción de estancia media hospitalaria. Los programas de cuidados intermedios consiguen reducir de forma efectiva la estancia media de los pacientes, siempre y cuando estos sean cuidadosamente seleccionados. En un estudio realizado en Reino Unido en el que se comparaban de forma aleatoria dos cohortes de pacientes ancianos (hospitalización tradicional vs alta temprana y rehabilitación) se probó que la estancia media se reducía en 9 días en el grupo que había sido de alta de forma precoz. Los pacientes además presentaban un alto grado de satisfacción y mejores resultados en los tests realizados<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Wilson A et al. Patient and carer satisfaction with "hospital at home": quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice* (2002), 52; 474: 9-13.

<sup>10</sup> Nancarrow S. The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development. *J Clin Nurs* (2007), 16; 7: 1222-9.

<sup>11</sup> Department of Health. Shaping the future NHS: long term planning for hospital and related services. Consultatio document on the findings of the national beds inquiry. Londres, 2000.

<sup>12</sup> Cunliffe AL et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing* (2004); 33: 246-52.

---

Aunque de forma aislada, este estudio pone en evidencia la bondad de los cuidados sociosanitarios intermedios como alternativa a la hospitalización tradicional en pacientes oportunamente seleccionados, de gran relevancia en el escenario económico y demográfico actual.

Los cuidados sociosanitarios intermedios suponen sin duda un ahorro de costes al sistema sanitario aunque su demostración es compleja de desarrollar. Si bien es cierto, que los cuidados intermedios tienen un coste absoluto menor comparados con los cuidados de agudos, la evidencia encontrada sobre coste-efectividad de estos programas no es suficientemente robusta.

El estudio anteriormente citado de revisión sistemática de la literatura<sup>13</sup>, subraya que a pesar de no existir evidencia científica sobre el coste efectividad, existen algunos indicios de que los cuidados sociosanitarios intermedios trasladan los costes de la atención aguda; pueden liberar los servicios de atención aguda y prevenir la readmisión de pacientes agudos, al menos a corto plazo. Sin embargo, la evaluación del coste efectividad es muy compleja y no existe la suficiente literatura al respecto.

Asimismo, un estudio reciente en el Reino Unido<sup>14</sup>, después de una década de los servicios de atención intermedia, declaró:

- *"los datos disponibles no han mostrado ningún esquema de cuidados intermedios que sea eficaz en la reducción de costes en hospitales de agudos"*
- *"la medición de los resultados y los costes de servicios complejos mediante técnicas convencionales puede ser demasiado insensible para detectar ganancias genuinas, y en la actualidad los pacientes que están siendo ingresados en los servicios de cuidados intermedios pueden no ser las personas con más probabilidades de beneficiarse".*

Este estudio pone precisamente el énfasis en uno de los problemas frecuentemente identificados en los cuidados sociosanitarios intermedios: la inadecuación en el perfil de los pacientes que utilizan estos servicios.

#### 4.3. Modelo de cuidados e intervenciones eficaces

La bibliografía consultada incide en que no hay un único modelo de cuidados sociosanitarios intermedios que destaque del resto de modelos. La identificación de modelos apropiados y eficaces y de rutas es complicada porque las definiciones de lo que constituye la atención de transición son muy variadas. Sin embargo, existen algunos elementos clave en el modelo de cuidados que hay que considerar:

---

<sup>13</sup> Dawda P, Russell L. Sub-acute care: an international literatura review. Australian Primary Health Care Research Institute (Australian National University). Mayo 2014.

<sup>14</sup> Parker G et al. Best place of care for older people after acute and during sub-acute illness; a systematic review. *Journal of health service research policy* (2000), 5; 3: 176-89.

- La adecuada selección de los pacientes para la entrada en las rutas de transición es crítica. Para llevarse a cabo de forma efectiva, los expertos deben llevar a cabo la selección de los pacientes.
- La necesidad de transiciones eficaces y fiables, tanto dentro como fuera de la ruta sub-aguda, es crítica ya que los cuidados sociosanitarios intermedios representan una transición de cuidados y por lo tanto, un riesgo para la seguridad del paciente.
- Focalización en la rehabilitación con la combinación adecuada de personal y terapéutas.
- Seguimiento regular y desarrollo de mecanismos de soporte.
- La necesidad de integrar los servicios de atención clínica y de atención social de pacientes sociosanitarios intermedios es un reto. La evidencia más relevante de los elementos esenciales para la atención de transición reside en la evaluación multidisciplinar y los planes de cuidados individualizados.

En resumen, la revisión de la literatura parece indicar:

- Los cuidados sociosanitarios intermedios o de transición presentan **resultados en salud similares** a la atención en el ámbito hospitalario
- Sin embargo, aportan una **mejora significativa en la liberación de recursos hospitalarios**, a través del potencial de admisiones evitables, readmisiones y estancia media.
- En este sentido, los cuidados intermedios tienen **un potencial impacto económico positivo**, aunque no está demostrado científicamente debido a una exigencia metodológica alta.
- Presentan unas **mayores tasas de satisfacción de los pacientes**.
- Los cuidados sociosanitarios intermedios **son relevantes para determinados perfiles de pacientes**: fractura cadera, accidente vascular cerebral, expectativa de vida limitada, persona mayor post proceso agudo, etc...
- Cabe destacar que la utilidad y beneficios de estos programas son evidentes, pero los pacientes han de ser cuidadosamente seleccionados y los servicios deben ser adecuadamente provistos para generar los resultados esperados.

## 5. Demanda insatisfecha y atendida de forma inadecuada

La demanda de cuidados sociosanitarios intermedios depende en gran medida de la evolución de la demanda de cuidados agudos y muy particularmente en las personas hospitalizadas con más de 65 años. Actualmente, la población mayor de 65 años supone el 45% de las altas médicas anuales.

Tabla 4: Demografía y demanda de la atención sociosanitaria en España por comunidad autónoma

Comunidad Autónoma	Población total (habitantes)	Población >65 años (habitantes)	Altas totales	Altas >65 años	% Altas >65 años
Andalucía	8.399.618	1.363.740	531.454	206.567	38,9%
Aragón	1.326.403	277.331	133.645	64.097	48,0%
Asturias, Principado de	1.049.875	252.189	103.632	55.032	53,1%
Baleares, Illes	1.124.972	171.129	76.542	30.714	40,1%
Canarias	2.126.144	318.466	114.568	38.288	33,4%
Cantabria	585.359	118.812	49.886	23.993	48,1%
Castilla y León	2.478.079	595.276	241.188	124.251	51,5%
Castilla - La Mancha	2.062.767	377.607	163.146	76.770	47,1%
Cataluña	7.396.991	1.361.672	576.758	272.958	47,3%
Comunidad Valenciana	4.939.674	915.109	420.668	187.019	44,5%
Extremadura	1.091.623	215.875	103.592	46.935	45,3%
Galicia	2.734.656	655.760	248.445	123.095	49,5%
Madrid, Comunidad de	6.385.298	1.082.290	497.583	217.640	43,7%
Murcia, Región de	1.463.773	221.980	118.721	47.585	40,1%
Navarra, Comunidad Foral de	636.402	121.429	55.441	24.918	44,9%
País Vasco	2.165.100	462.773	203.325	100.106	49,2%
Rioja, La	313.569	62.824	29.009	14.191	48,9%
Ceuta	84.692	9.392	6.882	1.801	26,2%
Melilla	84.570	8.356	7.302	1.395	19,1%
<b>Total nacional</b>	<b>46.449.565</b>	<b>8.592.013</b>	<b>3.681.787</b>	<b>1.657.355</b>	<b>45,0%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (2015) y del Registro de Atención Sanitaria Especializada (2014).

En España se produjeron más de millón y medio de altas en 2014 en mayores de 65 años. Una parte considerable de las mismas podrían haber sido realizadas en centros sociosanitarios de cuidados intermedios. Sin embargo, la realidad es muy distinta. Ante la ausencia de una oferta bien estructurada, actualmente esta demanda se atiende de la siguiente forma:

- Prolongando la estancia de pacientes que podrían recibir el alta en hospitalización de agudos, pero requieren de cuidados de enfermería y/o terapias de rehabilitación.

- Dando el alta a pacientes que no han recuperado del todo su capacidad funcional y que luego son ingresados en residencias de larga estancia de carácter privado para poder realizar una terapia de rehabilitación.
- Alta para atención en el domicilio por la familia y los servicios de atención primaria.

La inexistencia de recursos específicos fuerza estas soluciones vicariantes que plantean importantes dudas sobre si son medidas apropiadas:

- En el caso de la prolongación de estancias hospitalarias, no se trata sólo de un problema de ocupación de camas diseñadas para otro perfil de atención sino también de adecuación de la atención al enfoque requerido por estos pacientes. El modelo hospitalario, muy orientado al diagnóstico y el tratamiento no suele ser el más adecuado para los pacientes con procesos prolongados que requieren enfoques multidisciplinares orientados a la rehabilitación y la calidad de vida. No se trata por tanto sólo de un problema de costos y de ocupación de camas, sino también de la adecuación del modelo asistencial.
- En el caso de la utilización por los pacientes del perfil subagudo de las residencias para personas mayores el tema tiene varias lecturas:
  - En primer lugar hay que plantearse la apropiación del modelo. Las residencias son un recurso sociosanitario con prestaciones sanitarias integradas en su plan de cuidados. Sin embargo, su diseño está en principio planteado para personas mayores con dependencia y que tienen enfermedades crónicas estables. La inclusión de perfiles con requerimientos elevados de atención sanitaria (médica, de enfermería y rehabilitadora) más intensa puede sobrepasar los limitados recursos sanitarios de que disponen. Entendemos que la gran duda surge por la ausencia, en la gran mayoría de comunidades autónomas, de un sistema de acreditación específico que contemple los recursos y procesos que debe tener una residencia para atender adecuadamente a este tipo de pacientes. La duda que se debe plantear en este caso es si todas las residencias que atienden actualmente a estos pacientes están dotadas de los adecuados recursos de atención sanitaria y rehabilitadora.
  - En segundo lugar, estos centros ofrecen atención sanitaria que no está financiada en gran medida por el Servicio Nacional de Salud. Ello implica que la financiación de estos servicios se realiza privadamente o por parte de los servicios sociales. La inclusión de pacientes que requieren cuidados sociosanitarios intermedios en centros residenciales intensifica y agudiza un problema estructural de la financiación sociosanitaria en España.
  - Desde el punto de vista del sistema, la inclusión de pacientes sociosanitarios intermedios en las residencias también disminuye las plazas disponibles para la atención a las personas con dependencia. En este sentido, la comparación de ratios de plazas residenciales por habitante con otros países, debería tener en

---

cuenta que en muchos de éstos hay una oferta adicional por lo que el ratio en España es en realidad menor al estar parte de las plazas residenciales utilizadas por estos pacientes.

En la mayoría de países se diferencia claramente la atención residencial y los cuidados sociosanitarios intermedios, aunque en muchos países los mismos centros pueden optar a acreditarse y prestar ambas. La atención vicariante por las residencias en España plantea por tanto una duda sobre si esta atención se está cubriendo con los recursos adecuados y un problema de financiación de la atención sociosanitaria intermedia que recae sobre los presupuestos sociales o privados.

- Aunque imposible de cuantificar por la ausencia de datos actuales, es evidente que muchos pacientes son atendidos actualmente a domicilio por la atención primaria. La participación de este recurso en cualquier modelo de atención intermedia es clave. Sin embargo, al igual que en el caso de las residencias, se plantea la duda de hasta qué punto estos recursos cuentan con los necesarios servicios multidisciplinares y de rehabilitación.

Si bien es imposible cuantificar este fenómeno, estamos planteando un más que probable problema de inadecuación de estos servicios ante la falta de definición de estándares para este tipo de atención.

### 5.1. Utilización inadecuada de camas de agudos

Para estimar el número de camas ocupadas por pacientes que requieren cuidados sociosanitarios intermedios en España, hemos realizado un estudio comparativo de las estancias medias de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) de hospitalización de agudos entre los hospitales integrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los pacientes americanos atendidos a cargo de *Medicare & Medicaid*, con el objetivo de obtener el número de estancias y camas que se están consumiendo inadecuadamente, reduciendo la eficiencia de los recursos invertidos en estas.

Para ello, se han seguido los siguientes pasos:

1. **Definición de los GRD de crónicos:** Utilizamos la relación de 50 GRD con una mayor proporción de derivación a *nursing homes* al alta elaborada por el Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) del *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) estadounidense.
2. **Estancias Medias Hospitalarias:** a partir de la base de datos del Sistema Nacional de Salud y del *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) hemos extraído las altas y las estancias medias hospitalarias de cada uno de los 50 GRD de Larga Estancia definidos.

3. **Ajuste entre GRD utilizados por el SNS y por el CMS:** debido a que las dos administraciones (SNS y CMS) no utilizan la misma versión de GRD ha sido necesario realizar ajustes para su comparación. En los casos en los que un GRD del SNS integra más de un GRD del CMS, se ha calculado su estancia media mediante una media ponderada.
4. **Estimación de estancias y camas utilizadas inadecuadamente:** la estimación de estancias potencialmente inadecuadas se ha realizado calculando la diferencia entre la estancia media en España y en Medicare. Una vez obtenidas las estancias, se calculan las camas que correspondería a estas estancias si el hospital tuviese una ocupación del 85%. La utilización de esta tasa de ocupación algo superior a la real es conservadora, estimando por tanto un número menor de camas utilizadas inadecuadamente.
5. **Cálculo de las estancias y camas utilizadas inadecuadamente:** de acuerdo a este estudio, en España se utilizarían inadecuadamente 4.341 camas de agudos, el equivalente a 145 unidades de hospitalización de tamaño estándar. Esto implicaría 1,35 millones de estancias inadecuadas, con un coste asociado de más de 884,8 millones de €. Esta demanda debería satisfacerse desde el ámbito sociosanitario, aunque como veremos, en muchas comunidades no existen los recursos suficientes para hacerlo.

## 5.2. Ingreso no apropiado en centros residenciales de larga estancia

Parte de la demanda sociosanitaria es atendida en hospitales de agudos, pero en lugar de prolongar su estancia, los pacientes reciben el alta, aunque no hayan recuperado del todo sus capacidades funcionales y/o cognitivas. En estos casos, son muchos los pacientes que son ingresados inmediatamente después de recibir el alta en centros privados de larga estancia. Este tipo de pacientes que busca recuperar sus capacidades en un entorno habilitado para ello, raramente alcanza en el centro residencial una estancia superior a los 40-60 días.

Para cuantificar esta demanda latente en términos de cuidados sociosanitarios intermedios, se ha realizado una estimación en base a datos aportados por algunos de los operadores de centros residenciales más importantes a nivel nacional. Para estimar el número de altas de carácter sociosanitario se han contabilizado aquellos pacientes procedentes directamente de hospitalización previa y con una estancia media inferior a los 40 ó 60 días, en función del operador. Los resultados obtenidos son los siguientes:

**Tabla 5: Estimación de la demanda sociosanitaria en centros residenciales de larga estancia**

Operador	Altas anuales	Altas Cuidados Intermedios	% sobre el total
Operador 1	5.423	411	7,6%
Operador 2	4.409	320	7,3%
Operador 3	2.141	22	1,0%
Operador 4	2.283	114	5,0%
Operador 5	616	10	1,6%
<b>Total nacional</b>	<b>14.872</b>	<b>877</b>	<b>5,9%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de SARquavitae, Sanyres y AESTE.

Teniendo en cuenta que en el año 2011 existían en España 124.043 usuarios de centros residenciales privados, si asumimos que el 5,9% de los ingresos son de carácter sociosanitario intermedios, se deduce que en nuestro país se estarían produciendo anualmente 7.319 ingresos no apropiados en centros privados.

### 5.3. Pacientes atendidos en el entorno comunitario

No conocemos ningún estudio que cuantifique el volumen de este tipo de pacientes atendidos en el entorno comunitario por la atención primaria y las familias.

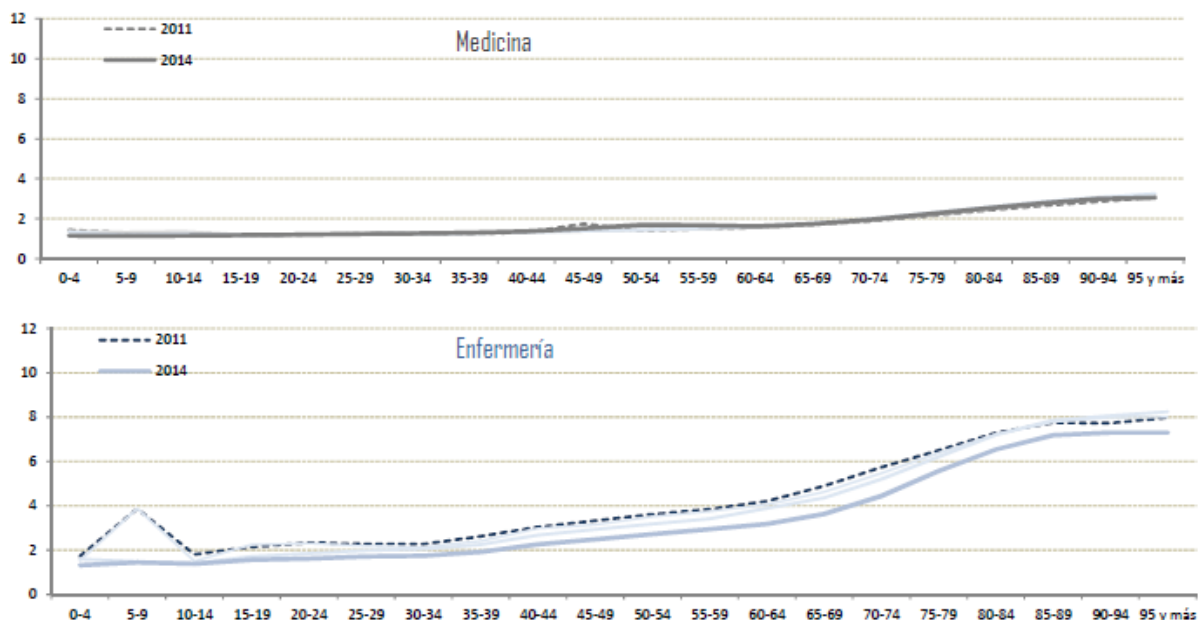
Los datos de actividad de la atención primaria sanitaria pública muestran algunos datos relevantes:

- En 2014 el Servicio Nacional de Salud atendió 3,5 millones de consultas médicas y 10,4 millones de consultas de enfermería a domicilio.
- Estas consultas experimentaron un crecimiento respecto al año anterior del 1,7% en la actividad médica y del 7,9% en la de enfermería
- El 80% de las visitas domiciliarias médicas y el 85% de las de enfermería fueron para mayores de 64 años.

Las tasas de frecuentación de la atención domiciliaria muestran una clara relación de ésta con la edad en las visitas de enfermería:

**Gráfico 1: Frecuentación por usuario en domicilio, por grupos de edad. Medicina y Enfermería. Evolución 2011-2014.**





Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Año 2014.

La falta de información en este ámbito no permite identificar qué volumen de pacientes atendidos en el domicilio por atención primaria son verdaderamente pacientes de perfil sociosanitario intermedio. No obstante, y para atender adecuadamente a los pacientes que requieren cuidados sociosanitarios intermedios es necesario reforzar la atención primaria con recursos específicos e integrarlos de forma coordinada con los recursos disponibles de hospitalización a domicilio.

#### 5.4. Situación insostenible ante el envejecimiento de la población

En los próximos años la demanda de cuidados de agudos va a continuar creciendo. El número de altas hospitalarias no ha parado de crecer en los últimos años, con un receso durante la crisis derivado de la regulación de la demanda quirúrgica y el alargamiento de las listas de espera.

**Gráfico 2: Evolución del número de altas hospitalarias en España (2001-2013)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CMBD – Registro Atención Especializada (2001-2013).

Este crecimiento se ha concentrado especialmente entre la población mayor de 75 años. Por lo tanto, es de esperar que continúe creciendo en los próximos años, especialmente en un contexto de envejecimiento de la población.

**Tabla 6: Análisis comparado del número de altas hospitalarias en España por grupo etario**

Grupo Edad	2001 Total de Altas	2013 Total de Altas	% variación
00-01 años	140.683	121.148	-13,9%
01-14 años	221.274	194.949	-11,9%
15-44 años	1.020.894	899.414	-11,9%
45-64 años	679.726	811.734	19,4%
65-74 años	583.917	556.828	-4,6%
Más de 74 años	650.580	1.052.803	61,8%
<b>Total Altas</b>	<b>3.297.074</b>	<b>3.636.876</b>	<b>10,3%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CMBD – Registro Atención Especializada (2001-2013).

Esta tabla es especialmente ilustrativa de la situación: mientras la demanda global de hospitalización convencional se encuentra estancada o en decrecimiento en casi todos los grupos de edad, los mayores de 74 años presentan un perfil de crecimiento expansivo. El futuro de la demanda de hospitalización en España se está jugando en el campo de las personas de más edad.

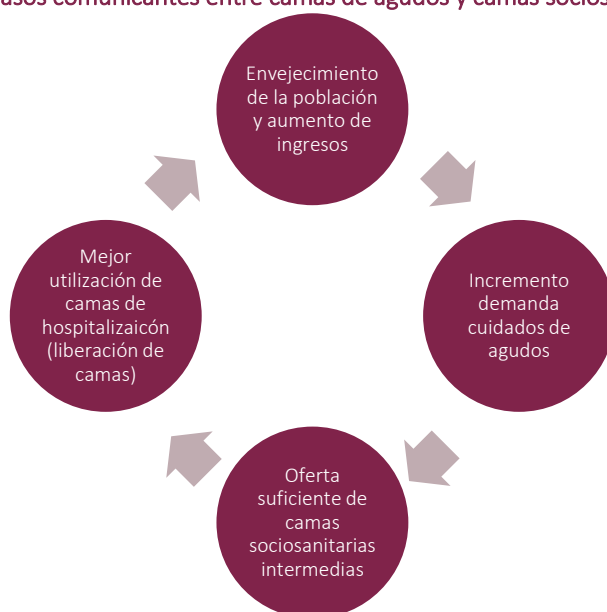
Hasta la fecha, el crecimiento de la demanda de hospitalización de agudos se ha absorbido a través de dos mecanismos que han permitido mejorar la capacidad de respuesta de los hospitales:

- Mejorando en la eficiencia interna, mediante la reducción de la estancia media y la ambulatorización de los procesos hospitalarios.
- Ampliando la capacidad instalada de camas, mediante la construcción de nuevos hospitales.

Sin embargo, creemos que estas dos opciones tienen un recorrido limitado en el futuro. Por un lado, no será posible continuar reduciendo la estancia media e incrementando la ambulatorización de los procesos, al mismo ritmo en el que se ha producido hasta la fecha. Por otro lado, en un contexto de alto déficit y deuda pública, es difícil imaginar que se podrá continuar financiando la expansión de la capacidad ya instalada en los hospitales o la creación de nuevas plazas para reforzar la oferta.

En este sentido, la única alternativa será el desarrollo de una oferta suficiente de cuidados intermedios, en institución y domiciliarios, que garanticen una transición efectiva del hospital de agudos a los servicios sanitarios. Esta transición efectiva permitiría “liberar” el uso inadecuado de camas actuales y permitiría absorber el crecimiento de la demanda de hospitalización de agudos.

**Figura 3: Relación de vasos comunicantes entre camas de agudos y camas sociosanitarias**



Fuente: Elaboración propia.

---

## 6. Una oferta de cuidados sociosanitarios intermedios insuficiente y asimétrica

Para entender los retos que debe afrontar el sector de los cuidados sociosanitarios intermedios en nuestro país y determinar las posibles vías de desarrollo del mismo, nos parece imprescindible caracterizar la oferta y demanda actual. Como elemento troncal del presente estudio, se ofrecerá al lector un análisis detallado de los recursos de los que dispone cada comunidad autónoma.

De forma complementaria, se realizará un análisis comparativo con otros países europeos para contextualizar nuestra oferta y poner en evidencia determinadas carencias frente a países con una oferta mucho más desarrollada.

Los siguientes análisis se han realizado consultando diversas fuentes de datos oficiales, sirviendo a modo de ejemplo las siguientes:

- Catálogo Nacional de Hospitales.
- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (ESCRI).
- *OCDE Health Statistics*.
- Central de Resultados del Ámbito Sociosanitario de Cataluña.
- Estudio de campo *ad-hoc* involucrando las Direcciones Asistenciales de las comunidades autónomas.

Todos los datos empleados en el presente estudio corresponden al año 2014, o en caso de no estar disponibles, a años inmediatamente anteriores.

### 6.1. Mapa de cuidados intermedios en España

El sector sociosanitario en España se nutre de recursos variados y distribuidos de forma asimétrica entre las diferentes comunidades autónomas para cubrir la demanda existente. Aunque habitualmente la atención sociosanitaria sea provista en centros especializados en cuidados intermedios y de rehabilitación, existen otras estructuras con recursos adecuados y suficientes para la provisión de este tipo de atención.

Actualmente, los pacientes de cuidados intermedios disponen de tres tipos de recursos para cubrir sus necesidades asistenciales y sociales:

**Figura 4: Recursos de los cuidados sociosanitarios intermedios en España**



Como veremos a continuación, estos recursos se distribuyen de forma completamente asimétrica entre las diferentes comunidades autónomas. Cada comunidad ha definido e implantado su propia oferta socio sanitaria de acuerdo a las políticas locales. Esto ha provocado que en algunas comunidades exista un desarrollo óptimo de ciertos recursos pero carencias en otros, o desarrollo mixto de la oferta.

Para entender la situación de la atención socio sanitaria en España nos parece fundamental analizar la oferta de cada uno de estos recursos y contextualizar la oferta y demanda en cada comunidad, ya que todas parten de desarrollos completamente diferentes.

#### Plazas de media y larga estancia

En España existen multitud de tipologías de centros acreditados como centros sanitarios. Lo que históricamente hemos denominado bajo la terminología de hospitales de media y larga estancia, equivaldría al estándar internacional de centros socio sanitarios. Otras denominaciones comunes de este tipo de centros incluirían centros de convalecencia, centros de rehabilitación, hospitales geriátricos y de larga estancia, entre otros.

El catálogo Nacional de Hospitales recoge la dotación de todos los centros de asistencia especializada de corta, media y larga estancia del territorio nacional, así como la de otros centros asistenciales. Actualmente, define un total de 18 tipologías diferentes de centros cuyas variables son recogidas en la base de datos. Para la estimación del número de camas de atención socio sanitaria, únicamente se han tenido en cuenta los centros caracterizados en la base de datos como “Rehabilitación”, “Geriatría y larga estancia”.

De acuerdo a este análisis, la oferta socio sanitaria en España en plazas de media y larga estancia es la siguiente:

**Tabla 7: Dotación de camas de media y larga estancia en España (2014)**

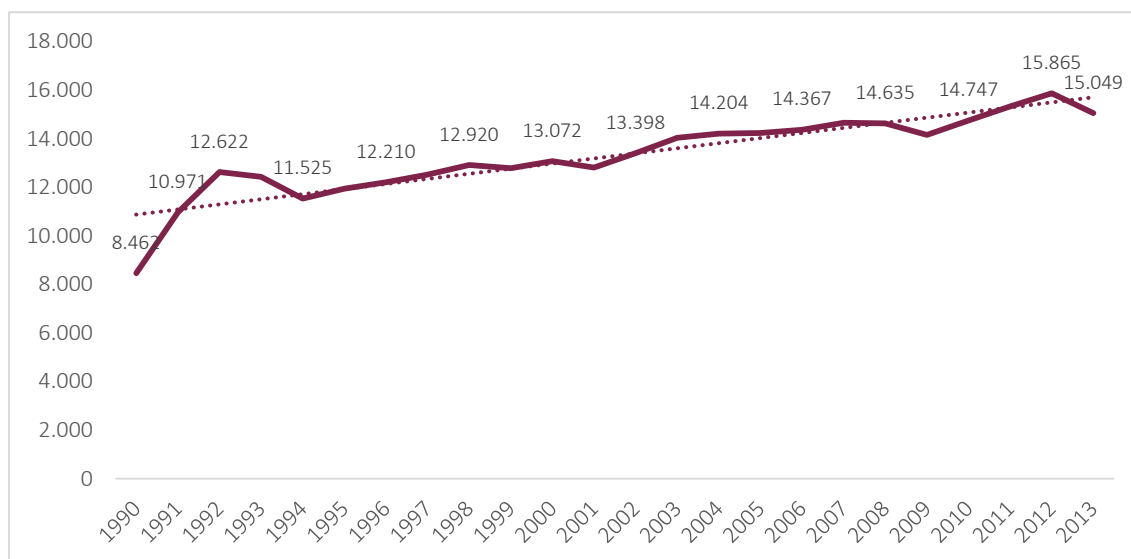
Variable	Valor
Plazas	14.884
Centros	134
Tamaño medio	111
Población España	46.760.502
Plazas por 1.000 habitantes	0,32

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014).

Este criterio de selección hace que los resultados sean homologables con las estadísticas europeas. De acuerdo a la OCDE, en el año 2013 la oferta sociosanitaria en España ascendía 15.049 plazas, y en la ESCRI se citaban 14.225 camas en centros de este tipo. Ambos datos son muy similares al obtenido a través de los datos de 2014 del Catálogo Nacional de Hospitales.

Si atendemos a la evolución de la dotación de camas de tipo sociosanitario, en un período algo superior a 20 años la oferta se ha incrementado en un 78%. El crecimiento parece haberse estabilizado en los últimos años aunque, dadas las circunstancias demográficas y sociales, cabría esperar que la oferta se reforzara con un mayor número de plazas.

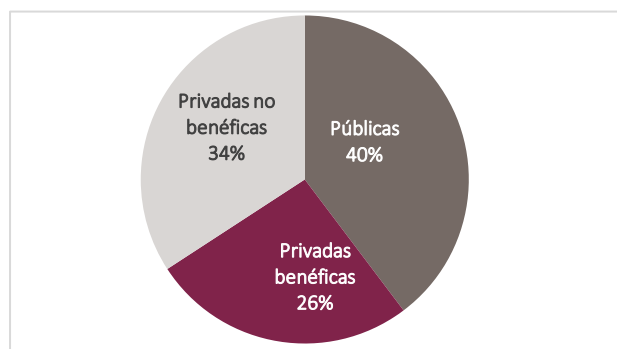
**Gráfico 3: Evolución del número de camas de media y larga estancia en España (1990-2013)**



Fuente: OCDE (2013).

Si atendemos a la distribución de estas plazas entre el sector público y el privado, observamos un predominio de la oferta en el sector privado, con el 60% de las plazas. No obstante, la oferta se reparte de forma prácticamente equitativa entre las plazas públicas, privadas benéficas y privadas no benéficas. En cualquier caso, la financiación de servicios suele ser mixta aunque no se dispone de información sobre el reparto de plazas según financiación pública y privada.

**Gráfico 4: Distribución de las camas de media y larga estancia según propiedad**



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014).

Dentro del sector público, la oferta se distribuye de forma asimétrica entre las diferentes instituciones. Las plazas se concentran de forma mayoritaria en centros dependientes de la propia comunidad autónoma, aunque también son importantes las plazas dependientes de las Diputaciones, la Seguridad Social y otras entidades públicas.

**Tabla 8: Distribución de la oferta sociosanitaria según dependencia funcional en el sector público**

Detalle de la oferta pública	Camas	Centros
CCAA	2.764	27
Diputación	908	7
Entidades Públicas	1.001	7
Ministerio de Defensa	115	1
Municipio	358	4
Seguridad Social	744	5
<b>TOTAL</b>	<b>5.890</b>	<b>51</b>

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (2014).

Si analizamos la oferta de plazas de media y larga estancia por comunidad autónoma observamos un desarrollo claramente desigual. El desarrollo consolidado observado en Cataluña, destaca con la inexistencia de iniciativas en Castilla-La Mancha o Navarra. Otras comunidades, aunque en menor medida que Cataluña, han realizado esfuerzos mediante propuestas y planes concretos para impulsar el desarrollo sociosanitario con diferentes resultados, sería el caso de Extremadura, Canarias, Murcia o el País Vasco, entre otras.

**Tabla 9: Dotación de camas de media y larga estancia en España por comunidad autónoma (2014)**

Comunidad autónoma	Plazas M/L estancia	Plazas por 1.000 hab	Plazas por 1.000 hab>65
Andalucía	176	0,02	0,13

Aragón	310	0,23	1,12
Asturias, Principado de	138	0,13	0,55
Baleares, Illes	370	0,33	2,16
Canarias	885	0,42	2,78
Cantabria	136	0,23	1,14
Castilla y León	491	0,20	0,82
Castilla - La Mancha	175	0,08	0,46
Cataluña	8.206	1,11	6,03
Comunidad Valenciana	977	0,20	1,07
Extremadura	140	0,13	0,65
Galicia	70	0,03	0,11
Madrid, Comunidad de	1.332	0,21	1,23
Murcia, Región de	687	0,47	3,09
Navarra, Comunidad Foral de	-	-	-
País Vasco	665	0,31	1,44
Rioja, La	188	0,60	2,99
Ceuta	-	-	-
Melilla	-	-	-
<b>Total nacional</b>	<b>14.832</b>	<b>0,3</b>	<b>1,7</b>

Fuentes: Catálogo Nacional de Hospitales (2014) y datos de las Direcciones de Asistencia Sanitaria de las CCAA.

Tomando como referencia el estándar internacional de 1 plaza de media y larga estancia cada 1.000 habitantes, cabe destacar que únicamente Cataluña tiene la dotación suficiente para alcanzar esta referencia de calidad.

El análisis de los datos de la Central de Resultados del ámbito sociosanitario en Cataluña nos ofrece una visión más detallada del perfil de actividad y pacientes atendidos por la red sociosanitaria de nuestro país.

**Tabla 10: Perfil de pacientes y datos básicos de la atención sociosanitaria en Cataluña**

	Larga estancia	Convalecencia	Paliativos	Subagudos	TOTAL
Personas atendidas	15.362	26.333	8.845	63.345	<b>113.885</b>
Episodios	16.789	29.333	9.947	7.394	<b>63.463</b>
Estancias	1.639.704	1.096.390	137.400	76.013	<b>2.949.507</b>
Estancia media (episodios finalizados)	56	34	9	9	-
Estancia media bruta	98	37	14	10	<b>46</b>

Fuente: Central de Resultados del ámbito Sociosanitario (2014).

La estancia media oscila entre los 56 días de la larga estancia y los 9 días de los cuidados paliativos y subagudos. En Cataluña asimismo, cinco diagnósticos supondrían un tercio de la actividad, viniendo los pacientes mayoritariamente del hospital y siendo dados de alta en el 60-70% de los casos a su domicilio habitual.

**Tabla 11: Diagnósticos más habituales en los centros sociosanitarios de Cataluña.**

Diagnóstico	Larga estancia	Convalecencia
-------------	----------------	---------------



Fractura de cadera	6,0%	13,0%
Accidente cerebro vascular	9,1%	8,9%
Insuficiencia cardíaca	4,2%	4,9%
EPOC	2,4%	2,6%
Demencia	16,0%	6,0%
<b>Subtotal</b>	<b>37,7%</b>	<b>35,4%</b>

Fuente: Central de Resultados del ámbito Sociosanitario (2014).

### Hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio (HAD) ofrece una alternativa a los centros sociosanitarios, para optimizar los recursos disponibles y mejorar la atención al paciente de cuidados intermedios. El objetivo de la HAD es atender a pacientes que requieren cuidados especializados de rango hospitalario en su propio domicilio, garantizándoles una eficacia y seguridad similares a las que recibirían mediante una hospitalización convencional.

Los perfiles habituales de pacientes que son hospitalizados en su domicilio son los pacientes crónicos reagudizados o descompensados, los pacientes en cuidados paliativos y los pacientes que requieren cuidados intermedios y rehabilitación de parte de su capacidad funcional.

Al igual que sucede con la oferta en centros de media y larga estancia, los programas de hospitalización a domicilio no han sufrido un desarrollo homogéneo en el territorio nacional. Destaca de nuevo Cataluña, por su oferta sólida, pero especialmente la Comunidad Valenciana, con un ratio de plazas por mayores de 65 años cuatro veces superior a la media nacional.

**Tabla 12: Distribución de la oferta de Hospitalización a Domicilio en España por comunidad autónoma**

Comunidad autónoma	Unidades HAD	Pacientes HAD	Plazas por 1.000 hab >65 años	% HAD sobre altas >65 años
Andalucía	5	8.676	6,36	4,2%
Aragón	-	785	2,83	1,2%
Asturias, Principado de	2	637	2,53	1,2%
Baleares, Illes	2	637	3,72	2,1%
Canarias	5	2.963	9,30	7,7%
Cantabria	1	-	-	0,0%
Castilla y León	5	8.033	13,49	6,5%
Castilla - La Mancha	-	877	2,32	1,1%
Cataluña	20	18.229	13,39	6,7%
Comunidad Valenciana	27	35.933	39,27	19,2%
Extremadura	1	1.195	5,54	2,5%
Galicia	17	3.306	5,04	2,7%
Madrid, Comunidad de	5	4.415	4,08	2,0%
Murcia, Región de	2	266	1,20	0,6%
Navarra, Comunidad Foral de	3	2.026	16,68	8,1%
País Vasco	10	6.509	14,07	6,5%
Rioja, La	2	1.832	29,16	12,9%
Ceuta	-	-	-	0,0%
Melilla	-	-	-	0,0%

Comunidad autónoma	Unidades HAD	Pacientes HAD	Plazas por 1.000 hab >65 años	% HAD sobre altas >65 años
<b>Total nacional</b>	<b>107</b>	<b>96.319</b>	<b>11,21</b>	<b>5,8%</b>

Fuente: ESCRI (2013).

Según las fuentes consultadas, el 28,5%<sup>15</sup> de los pacientes atendidos en programas de este tipo tendrían un perfil sociosanitario, suponiendo un total de 27.450 pacientes al año.

### Centros residenciales de larga estancia

Aunque inicialmente no concebidos para satisfacer necesidades para los pacientes de perfil sociosanitario intermedio, la provisión de cuidados intermedios en los centros residenciales de larga estancia es un hecho constatado, como vimos en anteriores apartados. La ventaja de los centros residenciales de larga estancia es que, siempre y cuando obtengan la certificación correspondiente, podrían actuar como proveedor de cuidados intermedios, sirviendo de estructura de soporte en aquellas comunidades que carezcan de los recursos suficientes para hacer frente a la demanda.

**Tabla 13: Distribución de plazas en centros residenciales en España por comunidad autónoma (pendiente verificación)**

Comunidad Autónoma	Plazas Residencias	Plazas por 100 personas >65 años	Plazas concertadas en Residencias
Andalucía	38.515	2,82	
Aragón	17.865	6,44	
Asturias, Principado de	11.164	4,43	-
Baleares, Illes	5.375	3,14	
Canarias	7.396	2,32	
Cantabria	4.806	4,05	
Castilla y León	42.272	7,10	
Castilla - La Mancha	26.344	6,98	0
Cataluña	58.919	4,33	0
Comunidad Valenciana	27.092	2,96	0
Extremadura	12.023	5,57	0
Galicia	18.368	2,80	
Madrid, Comunidad de	48.380	4,47	0
Murcia, Región de	4.847	2,18	
Navarra, Comunidad Foral de	6.313	5,20	
País Vasco	18.270	3,95	
Rioja, La	3.090	4,92	0
Ceuta	191	2,03	-
Melilla	318	3,81	-
<b>Total nacional</b>	<b>351.548</b>	<b>4,09</b>	

<sup>15</sup> Estimación realizada en base a la información publicada en el siguiente artículo: <http://www.iasist.com.es/es/21129/Hospitalizacion-a-domicilio-un-recurso-poco-homogeneo>

Fuente: Envejecimiento en Red (2014) y datos aportados por las Direcciones de Asistencia Sanitaria de las CCAA.

Si consideramos 4,5 como el valor óptimo de plazas cada 100 personas mayores de 65 años, observamos que en algunas comunidades este valor se excede de forma holgada. Es en estos casos, en los que los centros residenciales pueden ofrecer un soporte fundamental como proveedores de cuidados intermedios. Estas comunidades con excedente de oferta residencial se caracterizan por registrar una baja densidad de población, y por tanto una elevada dispersión de los centros en núcleos rurales. De esta forma, la redistribución de recursos entre ambos sistemas podría facilitar el acceso a la atención sociosanitaria de una población con una cobertura insuficiente o inadecuada.

#### En resumen:

- La oferta de camas sociosanitarias en España es muy desigual entre las diferentes comunidades autónomas, y a excepción de Cataluña, claramente insuficiente para la demanda existente.
- La oferta de hospitalización a domicilio es también muy desigual entre las comunidades autónomas, destacando la Comunidad Valenciana con el mayor desarrollo de plazas a domicilio.
- La oferta de plazas en centros residenciales es claramente superior en aquellas comunidades con una menor densidad de población, encontrándose la oferta nacional ligeramente por debajo de los estándares internacionales.

## 6.2. Análisis comparado internacional

Una vez definida la oferta sociosanitaria en España, es necesario ponerla en contexto frente a otros países de nuestro entorno. Para realizar el estudio comparado europeo se ha obtenido información a partir de dos fuentes principales: las estadísticas de la OCDE y fuentes primarias nacionales de cada país incluido en el estudio.

En primer lugar, tomando como referencia en la base de datos “OCDE Health Statistics 2014”, se han seleccionado las camas de los hospitales con los siguientes criterios:

- *Beds in long-term care departments of general hospitals (HP.1.1)*
- *Beds for long-term care in specialised hospitals (other than mental health hospitals) (HP.1.3)*
- *Beds for palliative care*
- *Beds for rehabilitation (HC.2)*

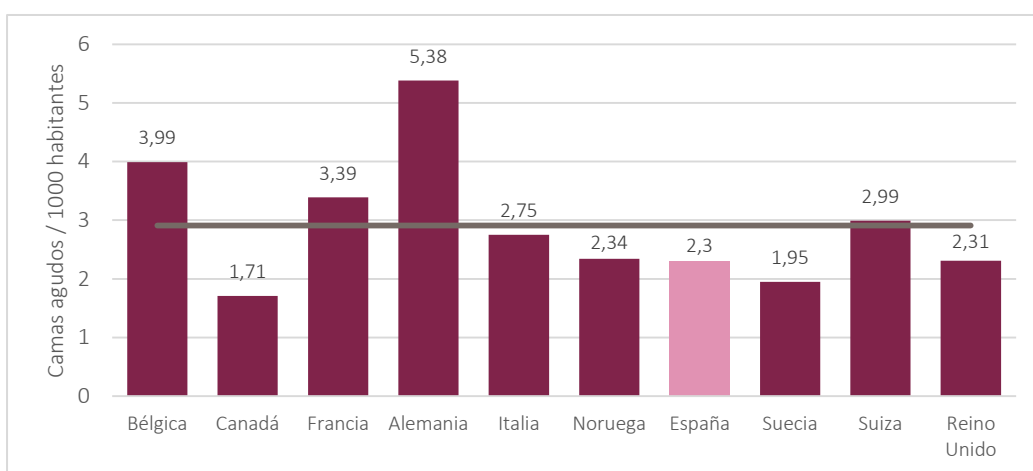
En segundo lugar, se han realizado comprobaciones con las fuentes de datos primarias nacionales para verificar la fiabilidad de los datos obtenidos.

De esta forma se han obtenido los datos de diferentes parámetros sobre los que se ha realizado un análisis comparativo. Los resultados se exponen a continuación.

## Benchmark internacional

En primer lugar, resulta oportuno analizar la dotación de camas por países como primer elemento clave de su oferta asistencial. En este caso, España se encuentra por debajo de la media de los países incluidos en el estudio, con 2,3 camas por 1.000 habitantes. Alemania destaca por su sólida oferta de 5,38 camas por 1.000 habitantes, seguida de Bélgica y Francia. La dotación de camas de España es similar a la de países como Reino Unido, Noruega, Suecia e Italia.

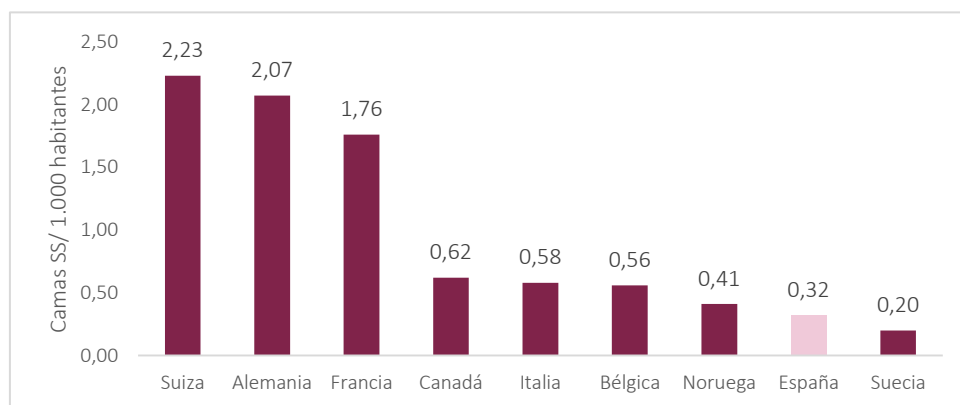
**Gráfico 5: Oferta por mil habitantes de camas de agudos en diferentes países de la Unión Europea y Norteamérica**



Fuente: OCDE (2013).

En cuanto a la oferta sociosanitaria, España destaca negativamente por el escaso desarrollo de la oferta frente al resto de países. Teniendo en cuenta como estándar internacional 1 plaza cada 1.000 habitantes, únicamente Suiza, Alemania y Francia dispondrían de las plazas suficientes para satisfacer las necesidades de la población.

**Gráfico 6: Oferta por mil habitantes de camas sociosanitarias en diferentes países de la Unión Europea y Norteamérica**



Fuente: OCDE (2013).

Tal y como se observa en la siguiente tabla, la oferta sociosanitaria en España es muy débil en comparación con el resto de países. Cabe destacar que muchos de los países estudiados, al igual que España, no disponen de una oferta suficiente. Dada la evolución de la población y los fenómenos demográficos, cabría esperar que la oferta se homogeneizara mediante la implantación de planes específicos para el desarrollo sociosanitario, tanto a nivel nacional como europeo.

**Tabla 14: Oferta asistencial sociosanitaria en países de Europa y Norteamérica**

País	Número de camas	Camas/ 1.000 hab	Habitantes
Suiza	17.907	2,23	8.045.349
Alemania	166.889	2,07	80.622.705
Francia	116.123	1,76	65.969.268
Canadá	21.661	0,62	34.937.097
Italia	34.339	0,58	59.205.172
Bélgica	6.266	0,56	11.189.286
Noruega	2.075	0,41	5.060.976
España	15.049	0,32	47.028.125
Suecia	1.889	0,20	9.445.000

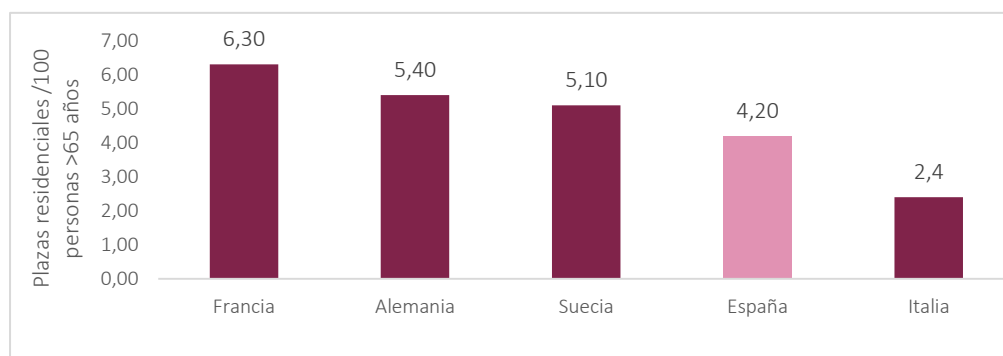
Fuente: OCDE (2013).

Cabe destacar que la baja dotación de camas sociosanitarias de Suecia es fruto de una reforma sanitaria llevada a cabo en el año 1992. De acuerdo a esta reforma, los cuidados intermedios pasaron de ser una competencia nacional, a ser una competencia de cada una de las 290 comunidades de Suecia. De esta forma, desaparecieron paulatinamente los centros de media y larga estancia. En su lugar, se desarrollaron otro tipo de modalidades asistenciales para cubrir las necesidades de estos pacientes: rehabilitación domiciliaria, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos, *nursing homes*, etc. Algunos hospitales han conservado unidades de

rehabilitación, pero de índole muy especializada, como por ejemplo las unidades de rehabilitación de ictus.

Por último, hemos analizado la dotación de plazas residenciales por mayores de 65 años. En este ámbito, aunque también por debajo de la media, España consigue posicionarse en línea con otros países con dotaciones muy similares. El mejor posicionamiento de España en este campo es consecuencia directa de los continuos esfuerzos realizados en el ámbito de la dependencia. Tras ser considerada una prioridad política en los últimos años han sido numerosos los programas e iniciativas que se han puesto en marcha.

**Gráfico 7: Oferta de plazas residenciales por 100 personas mayores de 65 años en países de Europa**



Fuente: OCDE (2013).

En Europa y España, el sector sociosanitario es de carácter público-privado y está financiado y regulado por la Sanidad, aunque tiene componentes sociales, y en algunas comunidades se han descrito plazas con financiación mixta sanitaria-social.

### Caracterización de algunos sistemas internacionales

#### **Alemania**

El sistema sanitario alemán es de tipo *Bismarck*, teniendo como principal fuente de financiación las cotizaciones de los trabajadores. El sistema sanitario alemán es uno de los más dotados y equipados a nivel europeo, constituyendo uno de los motores económicos del país. Alemania afrontó una importante reforma sanitaria en 2007 en la que se proclamó la obligación de disponer de un seguro médico. En esta misma reforma, se incluyeron los cuidados intermedios y otros tipos de cuidados de carácter sociosanitario en la cobertura sanitaria obligatoria.

La atención sociosanitaria depende a nivel regulatorio del Ministerio de Sanidad, aunque a nivel operativo los responsables son los propios proveedores de cuidados. El sector se caracteriza por un fuerte predominio del sector público, suponiendo las intervenciones privadas de carácter sociosanitario únicamente el 1,7% del total. La demanda se genera principalmente desde los beneficiarios de seguros de pensiones (39%) y seguros de enfermedad obligatorios (31%), ambos de carácter público.

La oferta sociosanitaria se encuentra determinada por la edad y tipo de seguro del paciente, siendo variables los servicios ofrecidos. Actualmente, están en pleno auge los programas de rehabilitación geriátrica, tanto ambulatoria como a domicilio.

#### Datos clave de la atención sociosanitaria en Alemania:

- Estancia media: 25,3 días
- Episodios: 1.953.636 (24,2 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: 175 € por paciente y día

#### Francia

Nuestros vecinos galos proveen cuidados intermedios a través de dos tipos fundamentales de asistencia, ambos dependientes del Ministerio de Salud (*Ministère des Affaires sociales et de la Santé*): los cuidados de readaptación (*Soins de Suite et Réadaptation – SSR*) y los cuidados de larga duración (*Unités de Soins de Longue Durée – USLD*). Estas estructuras proveen asistencia médica, curativa y paliativa; readaptación y rehabilitación; prevención y educación terapéutica; y, preparación y apoyo a la reintegración familiar, social, académica y/o laboral.

Estas estructuras tienen un desarrollo continuo, debido principalmente a la atención y necesidades de las enfermedades crónicas, los eventos de salud incapacitantes y el envejecimiento de la población. Estos servicios son cada vez más demandados debido a la disminución de la estancia media hospitalaria, habiéndose desarrollado la oferta de forma equilibrada entre los sectores público y privado, y las formas de atención concertadas.

La diferencia entre ambos tipos de cuidados radica esencialmente en la duración de los mismos. Los centros especializados en SRR pueden ser polivalentes o especializados en cuidados de algún tipo: onco-hematológicos, cardiovasculares, respiratorios, del aparato locomotor, etc. Existen unidades SRR específicas para pacientes pediátricos (0-18 años) afectados por enfermedades graves o de tipo crónico.

#### Datos clave de la atención sociosanitaria en Francia:

- Estancia media: 32,0 días
- Episodios: 1.017.589 (15,4 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: 150-180 € por paciente y día, en función del perfil del paciente

#### Italia

El sistema italiano es similar al español, con una clara diferenciación entre plazas de media y larga estancia para la rehabilitación de pacientes con necesidades muy específicas, y las plazas destinadas a cubrir las necesidades de pacientes dependientes.

En dependencia del *Ministero della Salute*, la red de hospitales gestiona un total de 34.535 camas para los cuidados intermedios, denominados en Italia “cuidados no agudos”. Esta oferta

se distribuye de forma equitativa entre los ámbitos público y privado (17.385 camas públicas vs. 17.150 camas privadas). La ocupación de este tipo de plazas es prácticamente del 90%.

Adicionalmente, y también en dependencia del *Ministero*, el sistema sanitario dispone de 270.527 plazas en estructuras de tipo residencial o semi-residencial, con un total de 4,46 plazas por 1.000 habitantes. En estas estructuras la asistencia se presta mayoritariamente a ancianos (71,2%), pacientes psiquiátricos (12,1%), discapacitados físicos y/o psíquicos (16,0%) y pacientes terminales (0,6%).

#### Datos clave de la atención sociosanitaria en Italia:

- Estancia media: 27,7 días
- Episodios: 395.991 (6,7 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: no existen datos disponibles

#### Bélgica

Al igual que sucede con Alemania, Bélgica dispone de un sistema sanitario mutualista de tipo *Bismarck* que cubre prácticamente al 100% de la población. Aunque la cartera de servicios se desarrolle de forma centralizada, en algunas cuestiones se desarrollan iniciativas y planes a nivel regional. Asimismo, existe copago en todos los niveles de atención, así como en las prestaciones farmacéuticas. Existe una predominancia del sector privado, con tan sólo un 34% de intervenciones realizadas en hospitales de carácter público.

Los seguros de salud obligatorios únicamente cubren los gastos puramente sanitarios de los servicios de tipo sociosanitario, en Bélgica denominados *Soins prolongués* (cuidados prolongados). Con dicho fin, se han desarrollado una serie de servicios y estrategias a nivel local y regional para cubrir todas las necesidades de la población más frágil. Cabe destacar la estrategia puesta en marcha en la región de Flandes para los pacientes que requieren cuidados prolongados.

Con una dotación de 6.266 camas de media y larga estancia y más de 100.000 plazas residenciales en centros de larga estancia (7,0 plazas por 100 habitantes mayor de 65 años), Bélgica dispone de una de las ofertas sociosanitarias más completas a nivel europeo.

#### Datos clave de la atención sociosanitaria en Bélgica:

- Estancia media: 35,0 días
- Episodios: 21.563<sup>16</sup> (1,93 por cada 1.000 habitantes)
- Coste: no existen datos disponibles

<sup>16</sup> Únicamente se han contabilizado los episodios registrados en hospitales de carácter subagudo, sin menoscabo de los que se hayan podido registrar en otro tipo de centros sanitarios.



## Suiza

La organización del sistema sanitario suizo es compleja debida a la participación de numerosos actores en diferentes niveles de acción y decisión. A nivel federal se definen los marcos regulatorios y se provee la financiación para que los cantones a nivel regional, sean los responsables de una adecuada provisión de servicios sanitarios. Adicionalmente, existen diferentes organismos para mejorar la colaboración y coordinación entre cantones.

La base del sistema de salud suizo es el seguro médico básico obligatorio que tiene que contratar toda persona residente en Suiza. En caso de que la persona residente no puede pagar el seguro básico, el Estado se hace cargo y subvenciona los gastos médicos del paciente. De esta manera se garantiza el acceso de todas las personas a la asistencia sanitaria. De esta forma, los proveedores de salud público-privados son también actores con un papel relevante en el funcionamiento del sistema. Al igual que en otros países de Europa, el copago en Suiza es algo habitual, aunque en función del seguro del paciente se establecen unas cuantías máximas a partir de las cuales la aseguradora financia la totalidad de los actos médicos.

Los cuidados intermedios en Suiza, los denominados *Soins de readaptation* (cuidados de readaptación) son provistos en establecimientos sociosanitarios o en el propio domicilio del paciente, aunque también pueden darse casos en hospitales de agudos. Si los pacientes son atendidos en el hospital o en una clínica de rehabilitación la financiación de los servicios procede de los seguros médicos o de una fuente pública, los cantones. Sin embargo, si cuidados se suministran en centros sociosanitarios o en el propio domicilio del paciente, la financiación procede casi en su totalidad de fuentes públicas. Recientemente, las aseguradoras han incorporado estos servicios en la cobertura y algunas ya financian estos últimos casos.

Con una oferta predominantemente privada, Suiza dispone de un total de 17.907 plazas sociosanitarias: la oferta más consolidada de los países europeos analizados.

### Datos clave de la atención sociosanitaria en Suiza:

- Estancia media:** 23,8 días
- Episodios:** 70.612 (9,02 por cada 1.000 habitantes)
- Coste:** no existen datos disponibles

### 6.3. Conclusiones

El mapa de la oferta de cuidados intermedios en España es:

- insuficiente (en número de plazas comparados con Europa)
- desigual (oferta por comunidades)
- no visible (se confunde con la dependencia y otras estructuras).

Esta situación contrasta con la oferta de camas de agudos y de plazas de dependencia, aunque por debajo de la media, son bastante homologables a nivel internacional. Adicionalmente, los

---

programas de hospitalización a domicilio también ofrecen una alternativa para la provisión de cuidados intermedios. No obstante, la oferta en estos servicios también es asimétrica y difiere entre comunidades. Esta situación provoca que las comunidades dispongan de puntos de partida muy diferentes para el desarrollo sociosanitario:

- Algunas comunidades, como Cataluña, poseen una sólida oferta en plazas de media y larga estancia, teniendo recursos suficientes para hacer frente a la demanda.
- Otras comunidades como la Comunidad Valenciana, han desarrollado sus programas de hospitalización a domicilio de tal forma que disponen de recursos suficientes para hacer frente también a la demanda sociosanitaria.
- Algunas comunidades que carecen de los recursos necesarios tanto a nivel de dotación de plazas en centros como en hospitalización domiciliaria, disponen de plazas excedentes en sus centros residenciales. Estas plazas, siempre y cuando se obtengan las acreditaciones pertinentes, podrían servir de soporte en la red sociosanitaria y absorber parte de la demanda existente. Es el caso de Castilla y León, Castilla-La Mancha, Aragón y Extremadura.

Veremos a continuación, como esta situación de partida diferente marcará la hoja de ruta de cada comunidad autónoma, pues las iniciativas a implantar en el sector deben partir de una optimización de los recursos ya disponibles en cada una de ellas.

---

## 7. Propuesta para el desarrollo de los cuidados sociosanitarios intermedios

El objetivo del presente documento, como ya ha sido comentado, consistía fundamentalmente en caracterizar el sector sociosanitario en España, y en determinar las principales barreras y palancas para el desarrollo del sector. En esta última parte, y con el fin de adquirir una visión realista y detallada de la situación que afronta el sector en nuestro país, hemos contado con la colaboración de un grupo de diez expertos. Estos expertos expresaron sus opiniones e inquietudes en un *focus group* llevado a cabo para tal fin. Las conclusiones y percepciones extraídas de la sesión son algunas de las que exponemos a continuación.

### 7.1. Prioridad en la agenda de la política sanitaria

El desarrollo de la oferta de cuidados sociosanitarios intermedios no ha constituido una prioridad política en las últimas décadas. Las prioridades políticas, sanitarias y sociales, relacionadas con este ámbito se han centrado en las últimas décadas fundamentalmente en:

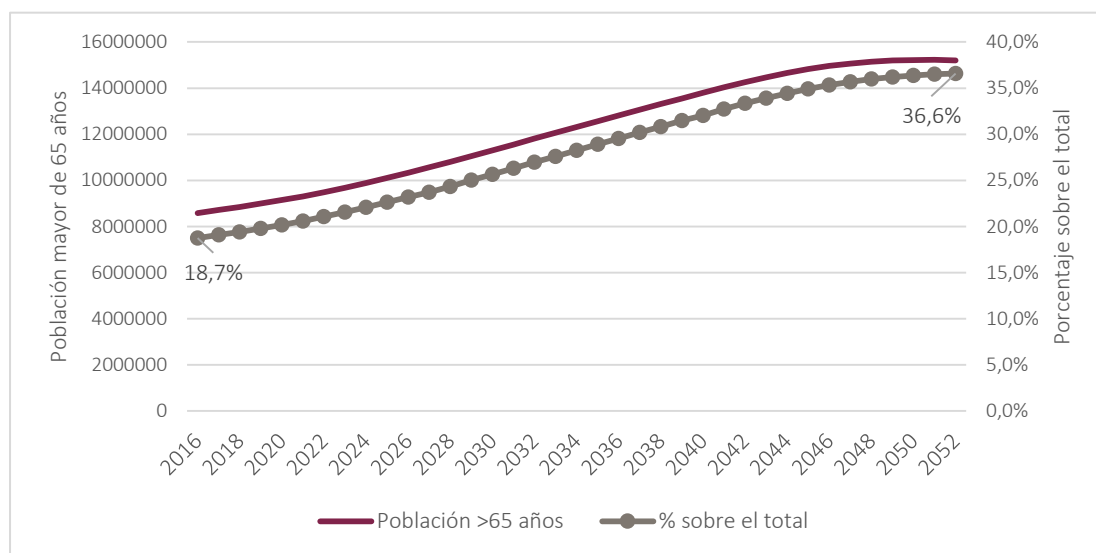
- Desarrollo de la red social residencial y de atención a domicilio (Plan Gerontológico...)
- Implantación de la Ley de dependencia (LAPAD)
- Desarrollo de los programas de gestión de la cronicidad.

El desarrollo que se ha producido se ha basado en iniciativas propias de cada comunidad autónoma con muy diferentes intensidades y modalidades de servicio. Esto explica la aparición y consolidación de inequidades cuantitativas (volumen de recursos y servicios por habitante) y cualitativas (tipo de recursos y servicios) entre los territorios. Y, en general, ello explica también, el escaso nivel de desarrollo de esta modalidad.

Por ello, es necesario hacer de los cuidados sociosanitarios intermedios una prioridad política basada en un pacto de estado. El crecimiento de la frecuentación hospitalaria de los mayores de 65 años, en un entorno de contención del gasto sanitario, plantea la urgencia de buscar las formas alternativas más adecuadas para su atención.

El envejecimiento de la población es un hecho constatado. Para el año 2052, los mayores de 65 años supondrán en España el 36,6% de la población, prácticamente el doble de lo que representan en la actualidad.

Gráfico 8: Proyección de la población mayor de 65 años en España (2016-2052)



Fuente: INE. Proyección población 2012-2052.

De cumplirse esta proyección, en el año 2052 las altas en mayores de 65 años podrían ascender a 3,2 millones, implicando 213 altas por 1.000 habitantes.

Las mejoras realizadas y en curso en la atención a la dependencia y la gestión de la cronicidad son insuficientes si no se aborda con urgencia la atención a la transición post-hospitalización. Asimismo, existe un riesgo evidente de que la escasez de recursos de transición genere una utilización inadecuada tanto de la red hospitalaria de agudos como de la de residencias sociales.

Parece obvio pensar que serán necesarios mecanismos de contención o control de la demanda. Los expertos coinciden en señalar que la creación de camas de agudos no es la solución más eficiente y sostenible. Sin embargo, la creación de plazas y aumento de la oferta de los cuidados sociosanitarios intermedios ofrece una alternativa de menor coste y adaptada a las necesidades reales de la población. De esta forma, mediante el aumento de la oferta de CSIs se liberarán camas de agudos por un lado, y se cubrirán necesidades específicas por otro. Todo ello con un menor coste para el sistema.

#### Impacto potencial:

- Contención del crecimiento del uso de la hospitalización de agudos.
- Garantía de atención a los mayores pluripatológicos y con dependencias en un modelo más adecuado y más eficaz que la hospitalización convencional.
- Posibilidad de reorientación de determinados excedentes de la red de agudos o de la red residencial.

## 7.2. Sistema de acreditación de centros que clarifique roles y responsabilidades

A día de hoy, existe un mínimo desarrollo de un sistema de autorización de centros. Esta modalidad apenas se regula en España: *“C.1.3 Hospitales de media y larga estancia: hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento<sup>17</sup>”*.

Adicionalmente, las residencias sociales y otros actores del sistema, han jugado un papel sustitutorio en la cobertura de las necesidades de recursos de transición, aun cuando no están debidamente acreditados para ello.

Las residencias orientadas al paciente dependiente han sido hasta ahora las grandes receptoras de estos perfiles de pacientes, en ausencia de otros recursos específicos. Algunas comunidades han normativizado la existencia de plazas sanitarias en residencias. Asimismo, se le atribuye el mismo papel de absorción de la demanda a la atención primaria sanitaria y el soporte familiar.

La pobreza de los mecanismos específicos a nivel nacional de catalogación, autorización y acreditación de este tipo de centros es un exponente del abandono de esta modalidad. La visibilidad de este tipo de necesidad se oculta parcialmente por su dispersión en diferentes tipos de recursos no específicamente orientados a su atención.

Esto ha generado:

- Escasa visibilidad general de este ámbito.
- Recursos muy diferentes que atienden un mismo perfil de pacientes (hospitales de media y larga estancia, residencias, hospitalización de día, atención primaria...).
- Dificultad para estandarizar sus características: riesgo de variabilidad elevada en el desarrollo de la oferta.
- Ausencia de información específica sobre los pacientes y los centros.
- Acceso desde “puertas” diferentes a los recursos sociales y sanitarios.
- Recursos en principio no diseñados para esta función han evitado la acumulación de casos en espera de alta.
- Persiste la duda sobre la adecuación de estos recursos para este tipo de perfiles.
- La existencia de estos recursos ha “tapado” un problema que podría haber sido grave.
- La ocupación de plazas residenciales por estos perfiles reduce en la práctica la disponibilidad de plazas para la atención a la dependencia.

La calidad de esta atención es desconocida en la medida en que no existen criterios de autorización administrativa ni acreditación para buena parte de los recursos que la atienden. La ausencia de estándares o recomendaciones nacionales consensuadas genera un riesgo adicional de inequidad en la calidad de los servicios.

---

<sup>17</sup> Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Ante la diversidad de modelos de atención y gestión sociosanitaria, sería muy conveniente la existencia de un sistema común de autorización y acreditación de centros y servicios, debiendo consensarse al efecto los criterios a determinar para su implementación. Las posibilidades que ofrecen las sinergias entre administraciones deberían aprovecharse con un solo equipo directivo que contemple bien todos los recursos sociales y sanitarios que prestan o son susceptibles de prestar una atención coordinada/integrada.

Tal y como recoge la Propuesta de Estrategia y Coordinación sociosanitaria, la existencia de un sistema común de acreditación y autorización requiere al menos tres factores:

1. Un documento conjunto elaborado por técnicos de sanidad y servicios sociales que reúna las normas, características, necesidades y protocolos de actuación que deben cumplir las unidades y servicios sociosanitarios. Esto se puede realizar en un primer nivel en cada comunidad autónoma, de forma que sea más fácil la confluencia a medio plazo. En cualquier caso, resulta fundamental que la regulación sea de carácter estatal para terminar con la disparidad e inequidad existente en el sector hasta la fecha.
2. Un grupo de trabajo conjunto de técnicos de sanidad y servicios sociales para asesorar, supervisar, orientar y servir de referencia en la práctica a los posibles interesados en la creación de estas unidades y servicios, tanto públicos como privados.
3. Un órgano directivo conjunto de sanidad y servicios sociales con capacidad de autorizar la puesta en marcha de servicios, centros y unidades y garantizar la financiación de los mismos.

#### Impacto potencial:

- Garantía de calidad a los pacientes mediante la definición de estándares de calidad normativos (autorización) y de excelencia (acreditación).
- Visualización de la oferta sociosanitaria intermedia para el conjunto de pacientes usuarios.
- Afloramiento de la necesidad sumergida en recursos sustitutivos no diseñados para esta atención.

### 7.3. Desarrollo normativo claro de perfiles de beneficiarios y cartera de servicios

Además de la prioridad política y el sistema de acreditación de centros y servicios, es necesario acompañar el despliegue de la estrategia de cuidados sociosanitarios intermedios con un desarrollo normativo que defina claramente: el perfil de beneficiarios, la cartera de servicios, las bases del modelo asistencial y las necesidades de formación.

#### Perfil de beneficiarios

La revisión de la literatura presentada en capítulos anteriores insiste en un elemento: la necesidad de centrar los cuidados intermedios en aquellas tipologías de pacientes sobre las que existe evidencia de la eficacia de estos cuidados.

---

Por lo tanto, parece necesario que el desarrollo normativo defina de forma precisa el perfil de beneficiario de este servicio. Y en un contexto de capacidad de financiación limitada, seguramente la estrategia más adecuada debería consistir en centrarse en una tipología de perfiles más bien reducida, pero con alto impacto (a diferencia de la implantación de la cobertura de la dependencia, que se creó con un criterio amplio de perfiles de necesidades, mayor incluso que en Francia o Alemania).

Como veíamos en anteriores capítulos, tan sólo 5 diagnósticos (accidente cerebrovascular, fractura de cadera y rodilla, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y demencia) ocupan un tercio de las altas de cuidados intermedios, por lo que estos procesos supondrían un buen punto de partida. En este grupo, podría incluirse el paciente oncológico en cuidados paliativos. Y a partir de este punto, se pueden definir al detalle e identificar progresivamente el resto de perfiles incluidos en el presente documento, sin menoscabo de que se puedan incluir otros, si así lo decide la normativa.

### Cartera de servicios

La actual Cartera de Servicios del SNS apenas aborda la transición de la post-hospitalización con el “apoyo a la atención primaria en el alta precoz y en su caso hospitalización domiciliaria”. La transición post-hospitalización es una responsabilidad sanitaria del SNS no eludible en el actual contexto de envejecimiento.

Como ya se ha comentado, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ya definía en 2003 el contenido de la atención sociosanitaria. No obstante, desde entonces no se han realizado esfuerzos normativos para desarrollar y regular la cartera de servicios bajo el perímetro de la atención sociosanitaria en general, y de los cuidados intermedios en particular.

La atención sociosanitaria deberá promover fórmulas de atención y apoyo que permitan, a ser posible, la permanencia del paciente en su contexto sociofamiliar, para ello se ha de contar con una cartera de servicios suficiente, accesible, complementaria, equilibrada y coordinada entre ambos sistemas en cada territorio, debiéndose definir criterios claros de inclusión para cada prestación.

Es importante que los catálogos y carteras de servicios de los sistemas social y sanitario diferencien los servicios que prestan atenciones comunes a su propio sistema y los que tienen asociadas prestaciones del otro sistema, haciendo constar cual es esta última. Los servicios sociosanitarios son agregados de prestaciones incluidas en los respectivos catálogos y carteras de ambos sistemas, si bien aplicadas de forma coordinada, simultánea y estable. Esta cartera de servicios está compuesta por:

#### **a) Servicios de prevención**

La coordinación sociosanitaria debe estar integrada en la estrategia de prevención de los sistemas Sanitario y Social. En concreto, se debe incluir una prevención de las complicaciones asociadas a patologías crónicas, físicas o mentales, en especial las de los pacientes crónicos complejos, con medidas de promoción de la salud, detección precoz de agudizaciones y toma de decisiones anticipadas en ambos sistemas asistenciales, incorporando estas actividades de

---

prevención en los Centros de Servicios Sociales y en los Sanitarios de forma coordinada y con objetivos comunes o complementarios planificados conjuntamente.

**b) Servicios de media estancia**

- Estancia temporal para convalecencia y/o rehabilitación
- Estancia temporal para cuidados paliativos
- Estancia temporal por enfermedad mental
- Estancia temporal por crisis vitales anexas a patologías, sin cobertura social normalizada

**c) Servicios de atención diurna o nocturna sociosanitarios.**

- Atención sociosanitaria de día/noche
- Atención de día rehabilitadora
- Atención de día/noche de mantenimiento y prevención de crisis

**d) Servicios Domiciliarios**

Servicios de atención domiciliaria y equipos de soporte en domicilio que presten atención social y sanitaria de forma coordinada, simultánea o sucesivamente. Entre los servicios sanitarios que se prestan en domicilio están:

- Cuidados postquirúrgicos
- Manejo de vías subcutáneas
- Manejo de vías endovenosas
- Gestión de úlceras cutáneas (UPP, vasculares, curas, drenajes, etc.)
- Gestión de constantes (controles de frecuencia cardíaca, PaO<sub>2</sub>, ECG, glucemias, etc.) que puedan controlarse a distancia (Telemedicina)

Y entre los servicios sociales que se prestan en domicilio se englobarían actividades de:

- Servicios de ayuda a domicilio y apoyo a la unidad de convivencia
- Teleasistencia
- Atención especializada a la persona y a la familia
- Apoyo psicosocial tanto al paciente como a la unidad de convivencia y familia

Modelo asistencial

Paralelamente, es necesario desarrollar e implantar sistemáticamente los modelos de integración de los cuidados en la transición post-alta hospitalaria. Existe evidencia sobrada<sup>18</sup> en torno a la eficacia en los cuidados sociosanitarios intermedios de algunos componentes clave del modelo:

---

<sup>18</sup>Stevenson J, Spencer L. Developing Intermediate Care: a guide for health and social services professionals. King's Fund, 2002.



- Identificar correctamente el perfil del paciente potencialmente beneficiario
- Continuidad de cuidados dentro hospital y en el seguimiento post alta (atención primaria, gestión casos)
- Preparación proactiva del alta
- Atención multidisciplinar orientada a recuperar capacidades funcionales
- Seguimiento del paciente

Esta evidencia contrasta con la percepción de que la aplicación real de este modelo (por ejemplo, la preparación precoz del alta...) es más la excepción que la regla en la múltiple casuística de este tipo de cuidados en nuestros hospitales.

### Formación de profesionales

Por último, sería oportuno aprovechar la regulación de la cartera de servicios de la atención sociosanitaria para adaptar la formación pre y post-grado al actual paradigma epidemiológico. Importantes resistencias, que se producen desde las culturas profesionales, a los nuevos modelos de la cronicidad son debidas, en buena medida, a la prioridad a la atención curativa y fundamentalmente de agudos, en la formación de los profesionales de la salud.

Los expertos constatan el escaso cambio de nuestros modelos formativos de pre y postgrado a la realidad epidemiológica. La continuidad en la actualidad de estos modelos de formación implica consolidar durante las próximas décadas las dificultades de adaptación de los profesionales a las necesidades reales de la mayoría de los pacientes.

Adicionalmente, contiene el germen de un riesgo importante de frustración profesional por el desajuste entre las expectativas que generan la formación y la realidad de los pacientes. Se considera, por tanto, urgente la revisión, orientada a la cronicidad, de los programas de formación de pre y postgrado en ciencias de la salud.

#### **Impacto potencial:**

- Garantizar la equidad de los cuidados intermedios para los pacientes en todo el territorio.
- Consolidar la eficacia de estos cuidados basada en la evidencia.
- Mejorar la adecuación de los cuidados intermedios basados en la evidencia.
- Orientar el sistema a la realidad epidemiológica.
- Adaptar la formación de profesionales a la realidad de gran parte de los pacientes.
- Disminuir las futuras resistencias profesionales ante la cronicidad y el envejecimiento.
- Disminuir el riesgo de frustración profesional ante una realidad que no coincide con aquello para lo que el profesional ha sido formado.

---

#### 7.4. Despliegue de la oferta adaptada a las características de las comunidades autónomas

Tal y como hemos podido comprobar, el mapa de la oferta de cuidados sociosanitarios intermedios en cada comunidad autónoma es muy desigual. Y también lo es la demanda, en términos de envejecimiento y dispersión de la población.

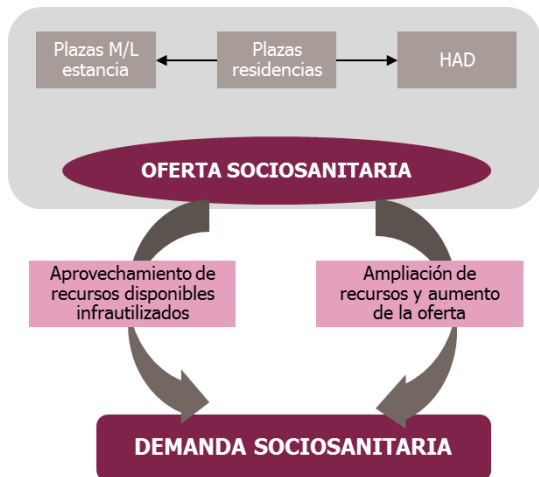
Esto implica que necesariamente se lleve a cabo una estrategia diferenciada ya que no existe una única solución válida y acorde a las características de cada comunidad autónoma. Dicha estrategia deberá estar basada en las capacidades actuales de cada territorio, de forma que se adapte a las necesidades y carencias de su población. En este sentido, hemos observado tres situaciones distintas:

- CCAA con una oferta adecuada de plazas de cuidados sociosanitarios intermedios: Cataluña
- CCAA con una oferta significativa de plazas de hospitalización a domicilio: Comunidad Valenciana
- CCAA con una oferta de plazas residenciales superior a los estándares internacionales de cobertura de la demanda (4,5 plazas por 1.000 personas mayores de 65 años) y que podrían reorientarse al perfil de cuidados intermedios si superasen un sistema de acreditación adecuado: Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra, La Rioja

Aunque en la búsqueda de soluciones se parta de situaciones desiguales es necesaria una visión de conjunto del sistema. Los recursos definidos deben actuar como vasos comunicantes, permitiendo un adecuado flujo de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales. Para ello es necesario identificar el déficit de recursos sociosanitarios de primer nivel de los que dispone cada comunidad, y abordar la deficiencia de plazas mediante:

- Aprovechamiento de recursos siempre que sea posible
- Creación de nuevas plazas, en centro o a domicilio

Figura 4: Desarrollo personalizado oferta sociosanitaria

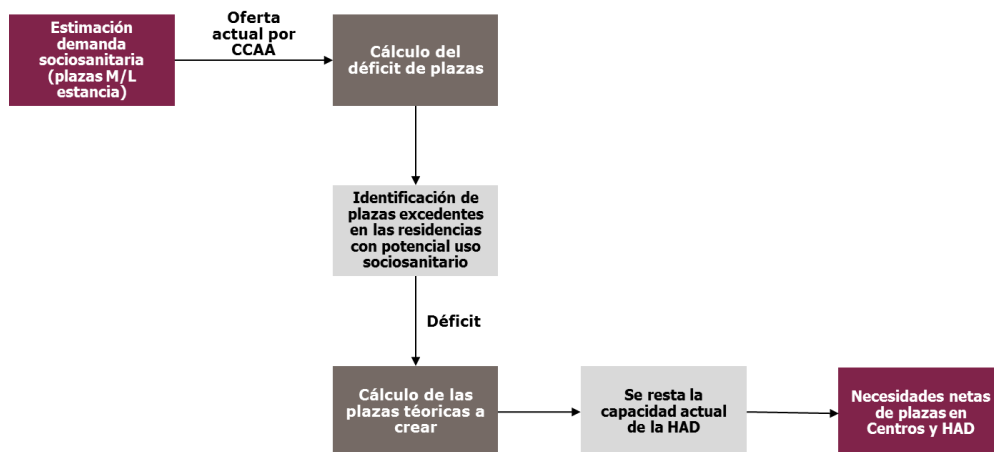


Fuente: Elaboración propia.

A título ilustrativo, hemos realizado un ejercicio de planificación macro de la oferta sociosanitaria de cada comunidad autónoma, con el fin de identificar las distintas opciones adecuadas en cada una de ellas. Este ejercicio se basa en las siguientes premisas:

- Define un estándar de plazas de cuidados sociosanitarios intermedios de 1 plaza /1.000 habitantes.
- Calcula el teórico “exceso” de plazas en residencias para la atención a la dependencia y que, bajo un adecuado proceso de acreditación, podrían reconvertirse en cuidados intermedios. Este exceso se calcula a partir de las 4,5 plazas residenciales por 100 personas mayores de 65 años.
- A partir de aquí se determina la oferta nueva a crear, ya sea en atención domiciliaria o en centros sociosanitarios de cuidados intermedios.

Figura 5: Algoritmo de planificación de la oferta sociosanitaria por CCAA



Fuente: Elaboración propia.

La aplicación de este ejercicio ilustrativo de planificación permite extraer las siguientes conclusiones:

Algunas comunidades resuelven su demanda sociosanitaria mediante las plazas de larga estancia y/o la reserva latente de plazas residenciales. No obstante, algunas deben solventar el déficit y para ello, podrían llevar a cabo lo siguiente:

- Las necesidades totales de oferta adicional a crear para atender la demanda de cuidados sociosanitarios intermedios se encontrarían, en ámbito equivalente, entre 21.000 nuevas plazas en centros residenciales ó 140.000 plazas en hospitalización a domicilio. Idealmente, una combinación mixta de plazas en residencias y HAD podría cubrir de manera adecuada esta demanda.
- Dos comunidades han realizado un esfuerzo significativo en el pasado, Cataluña y Comunidad Valenciana. La oferta de plazas en centros sociosanitarios y HAD en Cataluña es suficiente para cubrir la demanda. Y en la Comunidad Valenciana, con una elevada oferta en HAD tan solo debería completar la oferta en centros sociosanitarios.
- Algunas comunidades pueden aprovechar el potencial de reconversión del exceso teórico de plazas de residencias para personas con dependencia. Es el caso de Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra y La Rioja.
- El resto de comunidades deberán hacer un esfuerzo para crear oferta nueva, ya sea en centros sociosanitarios de cuidados intermedios y/o en plazas de hospitalización a domicilio.

Tabla 15: Planificación de la oferta sociosanitaria en base a los recursos disponibles por comunidad autónoma (pendiente actualizar)

Comunidad autónoma	Plazas necesarias M/L estancia	Déficit	Potencial plazas en residencias	Oferta a crear en plazas	Equivalente en HAD	Oferta actual HAD pacientes	Desarrollo HAD	Equivalente plazas M/L
Andalucía	8.400	-8.224	0	8.224	54.029	2.473	51.557	7.847
Aragón	1.326	-1.016	5.385	0	0	224	0	0
Asturias, Principado de	1.050	-912	0	912	5.991	182	5.809	884
Balears, Illes	1.125	-755	0	755	4.960	182	4.779	727
Canarias	2.126	-1.241	0	1.241	8.154	844	7.310	1.113
Cantabria	585	-449	0	449	2.952	0	2.952	449
Castilla y León	2.478	-1.987	15.485	0	0	2.289	0	0
Castilla - La Mancha	2.063	-1.888	9.352	0	0	250	0	0
Cataluña	7.397	809	0	0	0	5.195	0	0
Comunidad Valenciana	4.940	-4.025	0	4.025	26.442	10.241	16.201	2.466
Extremadura	1.092	-952	2.309	0	0	341	0	0
Galicia	2.735	-2.665	0	2.665	17.507	942	16.565	2.521
Madrid, Comunidad de	6.385	-5.053	0	5.053	33.200	1.258	31.942	4.862
Murcia, Región de	1.464	-777	0	777	5.103	76	5.028	765
Navarra, Comunidad Foral de	636	-636	849	0	0	577	0	0

Comunidad autónoma	Plazas necesarias M/L estancia	Déficit	Potencial plazas en residencias	Oferta a crear en plazas	Equivalente en HAD	Oferta actual HAD pacientes	Desarrollo HAD	Equivalente plazas M/L
País Vasco	2.165	-1.500	0	1.500	9.856	1.855	8.001	1.218
Rioja, La	314	-126	263	0	0	522	0	0
Ceuta	85	-85	0	85	556	0	556	85
Melilla	85	-85	0	85	556	0	556	85
<b>Total nacional</b>	<b>46.450</b>	<b>-31.618</b>		<b>25.770</b>	<b>169.307</b>	<b>27.451</b>	<b>141.856</b>	<b>21.592</b>

Fuente: Elaboración propia.

### Impacto potencial:

- Garantizar la equidad y acceso a los cuidados sociosanitarios intermedios en todo el territorio nacional.
- Aprovechar las capacidades y recursos de cada comunidad y desarrollar una estrategia basada en necesidades reales.
- Mejorar el posicionamiento de España frente a otros países del entorno europeo con una oferta sociosanitaria mucho más consolidada.

### 7.5. Sistema de pago por actividad adecuado

El sistema de financiación o pago por actividad de los cuidados sociosanitarios intermedios es fundamental para garantizar su desarrollo. Como se ha visto anteriormente (revisión internacional de experiencias), la principal dificultad para transformar los beneficios de los cuidados intermedios o de transición en coste -efectivos es la existencia de un sistema de financiación que esté orientado hacia la utilización adecuada de los recursos: liberación de camas hospitalarias y transición efectiva hacia el sistema sociosanitario.

La definición del sistema de pago de los cuidados sociosanitarios intermedios debe responder a dos cuestiones clave: ¿Quién financia el servicio? y ¿cómo se financia?

En términos de responsabilidad de financiación, la principal cuestión recae sobre la coordinación entre el sistema sanitario y social. Sin embargo, dentro de la atención sociosanitaria se tiende a generalizar, cuando en realidad la respuesta es específica por cada uno de los 4 ámbitos definidos inicialmente. El análisis internacional comparado nos indica lo siguiente:

- La atención a la dependencia es co-financiada generalmente por los servicios sociales y sanitarios, pero con un liderazgo desde el sistema social. Y siempre presentan un cierto nivel de copago por parte del usuario.
- En los casos de la salud mental y cuidados intermedios, la principal responsabilidad recae sobre el sistema sanitario y en todos los países se cuenta con un cierto nivel de copago. Además, para determinados servicios hay una coordinación (y financiación específica) por parte del sistema social.

- 
- En la atención a los pacientes crónicos, la responsabilidad es del sistema sanitario, y el principal reto en el sistema de financiación es asegurar la continuidad entre atención primaria y atención especializada.

La segunda cuestión hace referencia al sistema de pago de la actividad. El sistema de pago por actividad de los cuidados intermedios debe cumplir los siguientes requisitos:

- Incentivar la transición del hospital a los cuidados intermedios.
- Facilitar la complementariedad de las intervenciones: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc.
- Centrado en las necesidades de las personas y no en el dispositivo asistencial. O dicho de otra forma, la financiación debería basarse en paquetes por perfil de pacientes con independencia de si los cuidados son institucionales y/o domiciliarios.

En este sentido, deberían evitarse los sistemas de pago habituales que encontramos en el panorama internacional (y también en Cataluña para este tipo de dispositivos) basados en un precio por estancia. Y en su lugar, deberíamos ir a sistemas que incentiven maximizar la eficiencia del conjunto del proceso (hospitalización de agudos + cuidados de transición) como los “*bundled payments*” o la financiación capitativa.

#### Impacto potencial:

- Maximizar la eficiencia en el desarrollo de los cuidados de transición.
- Favorecer los modelos más orientados al usuario (atención domiciliaria).

---

## 8. Conclusiones

**La adaptación al nuevo paradigma demográfico y epidemiológico es un reto crucial para el Sistema<sup>19</sup> Nacional de Salud...**

Es evidente, y casi un lugar común, que uno de los mayores retos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud es el de las consecuencias derivadas del incremento continuado de la supervivencia.

Los datos son insistentes. Y en este estudio se presentan algunos datos, poco divulgados:

- Las altas hospitalarias de personas **mayores de 74 años** se han incrementado en el SNS **un 62% entre 2001 y 2013**, frente a un discreto crecimiento en el resto de la población.
- El grupo de mayor edad (estamos hablando de los mayores de 74 años, no ya de los de 64) ha pasado de representar **un 19% a un 29%** (casi un tercio) **de la actividad de hospitalización**.

Sin necesidad de realizar proyecciones tremendistas, es evidente que nuestro sistema sanitario, como los de todos los países de nuestro entorno se enfrenta a un reto crucial de adaptación al nuevo perfil demográfico de la población.

**...que ha tenido una respuesta importante en las décadas precedentes consolidando la atención a la dependencia e iniciando el cambio de modelo sanitario para gestionar la cronicidad.**

El país ha respondido sin duda en las últimas décadas a este reto decididamente. La adaptación al nuevo paradigma demográfico se ha producido:

- Primero en el crecimiento de los derechos y los servicios de atención a la dependencia. Por ejemplo, las plazas residenciales para personas mayores han experimentado un notable incremento que ha superado significativamente los objetivos que se planteaba el Plan Gerontológico Nacional de 1988. La aprobación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD) ha cambiado además el paradigma de los derechos de las personas con dependencia. Aún con todas las limitaciones y lagunas que se puedan constatar, no se puede decir que el país no haya enfrentado el reto en este aspecto.
- Y más recientemente en el cambio de modelo de atención sanitaria. En el abordaje de la cronicidad desde los servicios sanitarios, las experiencias basadas en el *New Chronic Care Model* se han introducido, para quedarse, en la agenda de los servicios sanitarios españoles. Con mayor o menor éxito de implantación estos abordajes se encuentran ya integrados en la gestión cotidiana de nuestro sistema sanitario.

---

<sup>19</sup> Hablamos de **Sistema** Nacional de Salud, en lugar de **Servicio** Nacional de Salud, porque entendemos que el reto afecta por igual al sector público y privado.

---

**Sin embargo, la atención al paciente de perfil sociosanitario intermedio post proceso hospitalario sigue siendo una asignatura pendiente con una oferta insuficiente y con importantes desigualdades de acceso**

Si bien la atención socio sanitaria a pacientes con dependencia y/o enfermedades crónicas empieza a consolidarse, todavía es muy incipiente en la personas que requieren cuidados sociosanitarios intermedios post o pre hospitalización.

Precisamente en el terreno de los cuidados de transición entre el hospital y el domicilio o el centro sociosanitario, es donde en nuestro país se encuentran mayores déficits:

- En el volumen global de recursos disponibles en que España, con una oferta de 0,32 camas de subagudos por 1.000 habitantes se encuentra bastante lejos del promedio de los países de la OCDE de 1 cama por 1.000 habitantes. Y muy lejos de los países mejor dotados (Francia, Alemania y Suiza) que se acercan o superan las 2 camas por 1.000 habitantes. Esta escasez de recursos comparativa con otros países de nuestro entorno contrasta con otros dispositivos asistenciales (como los de hospitalización o de residencias para mayores) en que la dotación por habitante se encuentra en España en ratios comparables a los demás países aunque algo menores.
- En su distribución, dado que observamos que este ratio de 0,32 plazas/1000 es en realidad debido a las plazas de una sola comunidad autónoma (Cataluña) que representan el 55% del total. Igualmente, la atención en Hospitalización a Domicilio, dos comunidades autónomas (sobre todo la Comunidad Valenciana y también Cataluña) atienden a más del 56% de este tipo de pacientes. En resumen, estamos hablando de desigualdades de acceso a este tipo de atención que tienen un rango de una dotación de 54 veces más recursos por habitante en plazas de internamiento entre la comunidad más dotada y la que menos y de 32 veces en el caso de la hospitalización a domicilio.

Sin duda nos encontramos ante una de las prestaciones del SNS en que el acceso es, en conjunto, más limitado. Pero sobre todo en que la desigualdad territorial es mayor.

**Los cuidados sociosanitarios intermedios prestan una atención específica centrada en las necesidades del paciente (recuperación y/o cuidados complejos post-hospitalarios) y con beneficios demostrados en términos de satisfacción, calidad y eficiencia.**

Entre el hospital y el domicilio o el centro residencial, sabemos que hay tipos de intervención sanitaria y social en que existe evidencia firme de que una **intervención multidisciplinar coordinada entre los diferentes niveles, enfocada a la rehabilitación y con seguimiento del paciente** produce beneficios demostrados de:

- Mejora de la recuperación y/o conservación de la capacidad funcional.
- Mejora de la calidad de vida.
- Mayor satisfacción de los pacientes.



- Tendencia a una menor utilización de los servicios sanitarios.
- Resultados clínicos similares a los obtenidos con la hospitalización tradicional (medidos en términos de mortalidad).

A este tipo de intervenciones que se producen en determinados perfiles de pacientes las hemos denominado cuidados sociosanitarios intermedios, aunque en la literatura se puede encontrar bajo varias denominaciones como cuidados de transición (*transition care*), cuidados subagudos, hospitales de rehabilitación, o *skilled nursing homes*.

En resumen, estos modelos de intervención, conocidos desde hace bastante tiempo, se adaptan mucho mejor que la hospitalización tradicional a una serie tipologías de pacientes mayores, frágiles, dependientes y con procesos que requieren un abordaje multidisciplinar y una orientación rehabilitadora.

El estudio resalta la evidencia existente sobre el hecho de que este tipo de cuidados de pacientes intermedios produce sus resultados tanto en esquemas de hospitalización de rehabilitación, en centros sociosanitarios (*nursing homes*) como de atención domiciliaria. La evidencia indica por tanto que puede haber diferentes modelos de recursos que obtienen similares resultados.

**La atención sociosanitaria intermedia debe cubrirse desde diferentes combinaciones de recursos, tanto en centros sociosanitarios como en atención/hospitalización a domicilio.**

Casi por definición, los cuidados sociosanitarios intermedios precisan de la coordinación entre diferentes recursos: hospitalización, hospitalización de larga estancia, hospitalización a domicilio, centros sociosanitarios y atención primaria sanitaria y social.

La evidencia nos demuestra que estos recursos pueden ser alternativos y que todos ellos consiguen resultados similares. Ello nos hace valorar positivamente las diferentes combinaciones de recursos observadas en España en este estudio: desde la de Cataluña con un importante desarrollo de centros sociosanitarios específicos, la de Valencia con un importante desarrollo de la hospitalización a domicilio o la de Castilla León con la incorporación de las residencias con plazas específicas acreditadas para este tipo de atención.

Esto implica que existe un amplio margen para adaptarse a las características y condicionantes de cada territorio en el desarrollo de los recursos. Comunidades como, por ejemplo, Castilla y León con una gran dispersión geográfica y un amplio parque de residencias pueden basar este desarrollo en la acreditación de plazas o unidades de cuidados sociosanitarios intermedios específicas en determinadas residencias.

---

**Para hacer frente a las necesidades de los pacientes con cuidados sociosanitarios intermedios se precisaran unas 18.000 plazas adicionales en centros o en atención o hospitalización domicilio...**

En nuestra estimación, se precisa crear 18.000 plazas de cuidados sociosanitario intermedios mediante la combinación de los diferentes modelos (hospital de media estancia, centro sociosanitario, hospitalización a domicilio, plazas debidamente acreditadas en residencias...).

**... pero no afrontarlo supondría aumentar el parque de camas de agudos**

No realizar esta inversión implica que la presión de la demanda sobre los hospitales de agudos fuerce al sistema a continuar creciendo en camas hospitalarias de agudos para evitar el alargamiento de las listas de espera. Evidentemente, la alternativa es muy superior en costes, pero no es sólo un problema de costes: el principal problema será el crecimiento de atenciones con un modelo inadecuado a una población creciente.

**En resumen, es el momento de los cuidados sociosanitarios intermedios**

Como habíamos comentado, la respuesta al reto derivado de una población de más años se ha centrado en décadas anteriores primero en la creación de servicios para la dependencia y la regulación legal de su financiación pública y más recientemente en el desarrollo de un modelo de asistencia sanitaria de cronicidad.

Actualmente, tenemos la oportunidad de abordar otra reforma histórica la de los cuidados sociosanitarios intermedios para gestionar la transición desde la hospitalización al domicilio o a la residencia. La justificación asistencial es clara y la obtención de resultados clínicos y de satisfacción evidente. Además el impacto en evitar el incremento de camas hospitalarias de agudos también.

Abordar hoy el desarrollo de los cuidados sociosanitarios intermedios es una garantía para el conjunto del sistema sanitario y social mañana.

## 9. Anexos

### 9.1. Fichas de actividad sociosanitaria de las comunidades autónomas

#### ANDALUCÍA



#### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	8.399.618
Población >65 años (habitantes)	1.363.740
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	95,9
Altas hospitalarias	531.454
Altas hospitalarias >65 años	206.567
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	151

#### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	176
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,02
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	0,13
Ingresos en centros sociosanitarios	
Estancia media (días)	-
Unidades HAD	5
Pacientes HAD	8.676
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	6,36
% HAD sobre altas >65 años	4,2%
	38,51
Plazas residencias	5
Plazas residencias / 100 personas >65 años	2,82
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	-

#### Otros datos de interés

En el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas se establece como proyecto prioritario desarrollar un modelo de integración sociosanitaria para responder a las necesidades de cuidados de los pacientes. Este proyecto incluye entre otras:

- Fomentar la integración de la atención sanitaria y social, desde la planificación institucional al ámbito local, para dar respuesta en el plan terapéutico, a necesidades complejas de personas con enfermedad crónicas.
- Desarrollar una oferta intersectorial de cuidados intermedios para adaptación al domicilio de aquellas personas que tras un evento agudo requieran, por su situación socio-familiar, un periodo previo de apoyo domiciliario o residencial antes de la integración en su entorno.
- Desarrollar programas de atención a residencias, adaptados al nivel local en función de las características de la zona, para garantizar la calidad asistencial en las personas institucionalizadas.
- Integrar el trabajo cooperativo entre los servicios de salud, los movimientos asociativos y grupos de ayuda mutua, utilizando itinerarios de atención que impliquen a las personas afectadas y la red familiar.
- Mejorar el acceso a la información de los recursos sociales implicados en el cuidado dentro de la página de salud del ciudadano, en los servicios de atención telefónica, y en las web públicas.
- Garantizar el apoyo al cuidado y la prevención de problemas de salud a las personas que cuidan, desarrollando programas específicos para ellas.

## ARAGÓN



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	1.326.403
Población >65 años (habitantes)	277.331
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	27,8
Altas hospitalarias	133.645
Altas hospitalarias >65 años	64.097
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	231

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	359
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,27
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	1,29
Ingresos en centros sociosanitarios	5.120
Estancia media (días)	20,7
Unidades HAD	0
Pacientes HAD	785
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	2,83
% HAD sobre altas >65 años	1,2%
Plazas residencias	17.865
Plazas residencias / 100 personas >65 años	6,44
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	0

### Otros datos de interés

El Servicio Aragonés de Salud incluye la atención sociosanitaria dentro de su cartera de servicios. Los recursos de los que dispone la red asistencial sociosanitaria aragonesa son los siguientes:

- En Atención Primaria: los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) están constituidos por facultativos, diplomados en Enfermería y otro personal de apoyo, y actúan como nexo entre los equipos de Atención Primaria y los centros hospitalarios. En la actualidad existen dos en Aragón.
- En hospital general: las Unidades de Valoración Sociosanitarias (UVSS) constituidas por facultativos geriatras, diplomados en Enfermería, trabajadores sociales y personal de apoyo, actúan como enlace con el resto de dispositivos asistenciales. Aragón dispone de un total de 3 de estas unidades, correspondiéndoles entre otras las siguientes funciones:
  - a) Valoración integral de las necesidades del paciente.
  - b) Establecer el plan de cuidados personalizados.
  - c) Orientar hacia los recursos más adecuados cuando el paciente sea dado de alta.
  - d) Proponer medidas para prevenir y evitar la dependencia.

La atención sociosanitaria en Aragón puede prestarse en régimen de hospitalización en hospitales de agudos, de forma ambulatoria en hospitales de día y rehabilitación, en centros de orientación sociosanitaria o en el propio domicilio del paciente.

Los centros sociosanitarios no disponen de acreditación expresa para su fin. Únicamente deben ser dados de alta en el Registro de Centros Sanitarios, con su correspondiente autorización administrativa.

## PRINCIPADO DE ASTURIAS



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	1.049.875
Población >65 años (habitantes)	252.189
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	99,0
Altas hospitalarias	103.632
Altas hospitalarias >65 años	55.032
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	218

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor <sup>20</sup>
Plazas M/L estancia	138
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,13
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	0,55
Ingresos en centros sociosanitarios	
Estancia media (días)	-
Unidades HAD	2
Pacientes HAD	637
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	2,53
% HAD sobre altas >65 años	1,2%
	11.16
Plazas residencias	4
Plazas residencias / 100 personas >65 años	4,43
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	-

### Otros datos de interés

En Noviembre de 2013, el Gobierno del Principado de Asturias publicaba la Propuesta de Acciones Sociosanitarias, cuya primera acción prioritaria era definida como la “creación e implementación de estructuras sanitarias”. En dicho documento, se establece la puesta en marcha de diferentes órganos y estructuras para la mejora de la coordinación sociosanitaria. Entre ellos destacan: Comisión Interinstitucional para la Coordinación Sociosanitaria, Subcomisión Técnica Interinstitucional para la Coordinación Sanitaria y equipos operativos de trabajo, para la gestión de casos y la mejora de la atención sociosanitaria.

No existe normativa específica sobre la acreditación de centros sociosanitarios, únicamente la recogida en el Decreto 53/2006 de 8 de junio por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios. En él se recogen los requisitos que deben reunir los centros sanitarios, entre los que se incluyen los de media y larga estancia, para recibir la autorización de instalación y funcionamiento.

<sup>20</sup> No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

## BALEARES



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	1.124.972
Población >65 años (habitantes)	171.129
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	225,4
Altas hospitalarias	76.542
Altas hospitalarias >65 años	30.714
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	179

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	377
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,34
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	2,20
Ingresos en centros sociosanitarios	-
Estancia media (días)	-
Unidades HAD	2
Pacientes HAD	637
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	3,72
% HAD sobre altas >65 años	2,1%
Plazas residencias	5.375
Plazas residencias / 100 personas >65 años	3,14
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	-

### Otros datos de interés

El Servei de Salut publicaba en abril de 2010 su Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario para los años 2010-2014. El modelo que sigue el Plan mantiene la diferenciación clara entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, pero crea una figura intermedia de coordinación sociosanitaria, tanto en el ámbito técnico como en el institucional, que ha de ayudar a responder a las necesidades de la población más vulnerable y a favorecer los circuitos de comunicación y de gestión de recursos.

El sistema sanitario de las islas articula los mecanismos necesarios para asegurar una adecuada atención sanitaria a su población, pudiéndose desarrollar con recursos propios o concertados. Respecto a las actuaciones sanitarias, el modelo que se propone centra la actividad en el paciente y en el entorno donde se encuentra de modo más confortable, más íntimo y donde puede tener un mayor apoyo de sus familiares. Por tanto, partimos del domicilio como punto neurálgico de atención, en torno al cual se articularán la gran mayoría de recursos, y reservaremos los espacios hospitalarios o residenciales para los casos en que la necesidad —tanto de tipo asistencial como puramente social— haga necesarios dichos servicios.

Los principales recursos sociosanitarios de la región incluyen: programa de atención domiciliaria, equipos de soporte a la atención domiciliaria (ESAD), y rehabilitación a domicilio en Atención Primaria; convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos y unidades hospitalarias de cuidados especiales en las Unidades de Hospitalización Sociosanitarias; y, hospital de día geriátrico. Adicionalmente, disponen de otros recursos como la enfermera gestora de casos y las Unidades de Valoración Sociosanitaria (UVASS).

## CANARIAS



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	2.126.144
Población >65 años (habitantes)	318.466
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	285,5
Altas hospitalarias	114.568
Altas hospitalarias >65 años	38.288
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	120

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	885
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,42
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	2,78
Ingresos en centros sociosanitarios	-
Estancia media (días)	-
Unidades HAD	5
Pacientes HAD	2.963
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	9,30
% HAD sobre altas >65 años	7,7%
Plazas residencias	7.396
Plazas residencias / 100 personas >65 años	2,32
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	-

### Otros datos de interés

El Servicio de Salud Canario contempla en su Plan de Salud para los años 2016-2017, la adecuación de la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria, al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables y potenciando la atención domiciliaria integrada.

El objetivo de esta línea de actuación es desarrollar protocolos integrados de la Atención Primaria, Especializada y Socio Sanitaria para adecuar la oferta asistencial del Servicio Canario de la Salud, de manera que se dé respuesta coordinada, entre instituciones y entidades competentes, a las necesidades del nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, mentales, degenerativas y de atención al final de la vida; fomentando la estratificación de las personas según grado de riesgo y de autonomía personal; fomentando la realización de actividades preventivas para mantener la capacidad funcional de los pacientes, potenciando aquellas actuaciones que permitan mantener al paciente en su domicilio o entorno habitual con la mayor calidad de vida posible.

En este sentido, el Gobierno Canario ha anunciado la inversión de 133 millones de euros en el Plan Sociosanitario, de forma que se renueven 4 centros que ya han quedado obsoletos y se habiliten 10 nuevos centros sociosanitarios.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> <http://web.eldia.es/tenerife/2016-06-19/1-nuevo-plan-sociosanitario-preve-renovar-centros-habilitar.htm> - Consultado el 5 de septiembre de 2016.

## CANTABRIA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	585.359
Población >65 años (habitantes)	118.812
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	110,0
Altas hospitalarias	49.886
Altas hospitalarias >65 años	23.993
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	202

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	136
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,23
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	1,14
Ingresos en centros sociosanitarios	-
Estancia media (días)	-
Unidades HAD	1
Pacientes HAD	0
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	0
% HAD sobre altas >65 años	0,0%
Plazas residencias	4.806
Plazas residencias / 100 personas >65 años	4,05
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	-

### Otros datos de interés

En Cantabria, un 19.33% de sus habitantes tienen 65 o más años; esta tasa de envejecimiento, es mayor que la nacional (17.7%). En la última Encuesta Nacional de Salud (2011-2012), también llama la atención que el 51,97% de las personas mayores de 14 años de Cantabria declare estar padeciendo alguna enfermedad o problema de salud crónicos, frente a un 42,45% en las estadísticas nacionales.

En el Plan de Salud 2014-2019 se estableció la necesidad de elaborar un Plan específico para la atención a la cronicidad y la atención sociosanitaria. Dicho plan fue publicado en 2015, con el objetivo fundamental de definir e implantar las actuaciones más efectivas para mejorar el conocimiento sobre las condiciones crónicas de salud en la población de Cantabria y su atención sanitaria y social, promoviendo la prevención de la cronicidad y de la dependencia funcional, actuando sobre sus determinantes, procurando una atención coordinada, continuada e integral, segura, de calidad, respetuosa con el paciente crónico y satisfactoria.

Algunas de las principales líneas de actuación del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019 son las siguientes:

- Promocionar la continuidad y coordinación entre niveles asistenciales para mejorar la atención de los pacientes crónicos en Cantabria.
- Destacar la función de la Atención Primaria, potenciando su resolutiveidad.
- Poner en marcha nuevas unidades que aseguren la continuidad asistencial y de cuidados del paciente y el cuidador.
- Desarrollar rutas asistenciales para aquellos procesos más prevalentes e importantes, basadas en la evidencia científica y, fundadas en la coordinación entre niveles, haciendo más sencillo y eficaz el itinerario del paciente por el sistema.
- Crear nuevos roles profesionales conforme a las necesidades del nuevo modelo asistencial, para asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, al paciente y al cuidador.



## CASTILLA Y LEÓN



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	2.478.079
Población >65 años (habitantes)	595.276
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	26,3
Altas hospitalarias	241.188
Altas hospitalarias >65 años	124.251
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	209

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	136.491
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,20
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	0,82
Ingresos en centros sociosanitarios	
Estancia media (días)	
Unidades HAD	5
Pacientes HAD	8.033
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	13,49
% HAD sobre altas >65 años	6,5%
Plazas residencias	42.272
Plazas residencias / 100 personas >65 años	7,10
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	

### Otros datos de interés

Aprobado por el Decreto 59/2003, de 15 de mayo, el II Plan Sociosanitario de Castilla y León fue elaborado para favorecer la coordinación de actuaciones, la integración de culturas y la creación de lenguajes comunes entre los profesionales de ambos sistemas.

Las líneas estratégicas del plan establecen entre otras, la necesidad de potenciar la coordinación sociosanitaria mediante un marco legislativo común y unas estructuras de coordinación operativas, el desarrollo de la gestión de procesos y de casos, la implantación de sistemas de información compartidos, y la necesidad de formar específicamente a los profesionales en materia de coordinación sociosanitaria.

Otras líneas de actuación incluyen la mejora de los cuidados a domicilio y la capacitación de los cuidadores familiares, el refuerzo de los recursos intermedios para mantener al paciente en el hogar, poner en marcha unidades hospitalarias de continuidad asistencial y disponer de recursos de convalecencia hospitalaria suficientes y adecuados.

En Castilla y León destacan las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) son plazas ubicadas en residencias de personas mayores de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales. Estas prestan cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, a personas con necesidades sociales y en situación de dependencia, de forma transitoria o definitiva, garantizando la coordinación y la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales.

## CASTILLA-LA MANCHA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	2.062.767
Población >65 años (habitantes)	377.607
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	26,0
Altas hospitalarias	163.146
Altas hospitalarias >65 años	76.770
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	203

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	175
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,08
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	0,46
Ingresos en centros sociosanitarios	1.381
Estancia media (días)	38,2
Unidades HAD	0
Pacientes HAD	877
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	2,32
% HAD sobre altas >65 años	1,1%
Plazas residencias	26.344
Plazas residencias / 100 personas >65 años	6,98
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	0

### Otros datos de interés

Existe personal sanitario trabajando en las residencias de la Comunidad (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) y cada vez hay más personas dependientes que precisan un abordaje integral, e incluso algunos residentes más intervención sanitaria, pero no existen unidades específicas de atención sociosanitaria autorizadas ni concertadas como tales destinadas a la atención de enfermos afectados de procesos crónicos que precisan principalmente cuidados prolongados de enfermería en unidades diferenciadas.

No existe en la Comunidad Autónoma normativa específica de autorización para este tipo de centros, salvo para los centros y servicios destinados a la atención a la salud mental (Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental).

## CATALUÑA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	7.396.991
Población >65 años (habitantes)	1.361.672
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	230,3
Altas hospitalarias	576.758
Altas hospitalarias >65 años	272.958
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	200

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	8.206
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	1,11
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	6,03
Ingresos en centros sociosanitarios	51.351
Estancia media (días)	19,8
Unidades HAD	20
Pacientes HAD	18.229
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	13,39
% HAD sobre altas >65 años	6,7%
Plazas residencias	58.919
Plazas residencias / 100 personas >65 años	4,33
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	0

### Otros datos de interés

La oferta sociosanitaria catalana es con diferencia, la más consolidada del territorio nacional, siendo la única que alcanza los estándares internacionales en cuanto a dotación de plazas de media y larga estancia. La asistencia sociosanitaria se estructura en cuatro grandes categorías: subagudos, convalecencia, cuidados paliativos y estancia media polivalente.

En la Comunidad existe una acreditación específica para los centros de atención sociosanitaria. Cada una de estas categorías tiene definidos estándares de calidad propios, con criterios transversales y otros propios de cada categoría (especialmente en lo referente a personal y recursos disponibles) que determinan la acreditación. Además, la comunidad dispone de normativa específica para la autorización de este tipo de centros: DOG 3597, de 18 marzo 2002, Decreto 92/2002 de 5 de marzo por el que se establece la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización.

Los planes y estrategias desarrollados en este ámbito han sido numerosos, y la atención sociosanitaria ha sido siempre elemento troncal en los Planes de Salud presentados.

Las tarifas vigentes para los cuidados intermedios son las siguientes:

- Baja complejidad: 89,03 €/ estancia
- Complejidad media: 90,04 € / estancia
- Alta complejidad: 92,10 €/ estancia

Los pacientes subagudos no se incluyen en las anteriores tarifas, siendo su coste de 1.730,12 € / proceso, incluyendo todos los servicios sanitarios y de soporte social que requieran este tipo de pacientes.

## COMUNIDAD VALENCIANA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	4.939.674
Población >65 años (habitantes)	915.109
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	212,4
Altas hospitalarias	420.668
Altas hospitalarias >65 años	187.019
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	204

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	915
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,19
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	1,00
Ingresos en centros sociosanitarios	3.688
Estancia media (días)	52,1
Unidades HAD	27
Pacientes HAD	35.933
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	39,27
% HAD sobre altas >65 años	19,2%
Plazas residencias	27.092
Plazas residencias / 100 personas >65 años	2,96
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	0

### Otros datos de interés

Actualmente no existe normativa, procedimiento de acreditación o procedimientos de evaluación específicos para este tipo de centros. En su lugar, a los centros sociosanitarios, tanto públicos como privados, se les aplica la normativa autonómica general sobre la autorización, acreditación y evaluación de centros sanitarios.

En su última publicación relacionada con el ámbito sociosanitario, la Generalitat apuntaba la necesidad de configurar un nuevo modelo sanitario con las siguientes características: centrado en el paciente y los recursos sanitarios, planificado, comunitario, proactivo, basado en la evidencia científica, equitativo, adaptado, integrado, colaborativo, flexible y evaluativo.

## EXTREMADURA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	1.091.623
Población >65 años (habitantes)	215.875
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	26,2
Altas hospitalarias	103.592
Altas hospitalarias >65 años	46.935
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	217

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	140
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,13
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	0,65
Ingresos en centros sociosanitarios	408
Estancia media (días)	107,7
Unidades HAD	1
Pacientes HAD	1.195
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	5,54
% HAD sobre altas >65 años	2,5%
Plazas residencias	12.023
Plazas residencias / 100 personas >65 años	5,57
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	0

### Otros datos de interés

La oferta sociosanitaria en Extremadura se ha desarrollado de forma coordinada e integrada entre el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).

De acuerdo al Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos (T2) y se establece su régimen jurídico; se establecen los siguientes tipos de plazas de carácter sociosanitario:

- Plazas tipo 1 (T1): cuidados sanitarios continuados intensos. Requieren un entorno sanitario. Son los únicos que se han considerado como cuidados intermedios. Cuentan con financiación del SES al 100%.
- Plazas tipo 2 (T2): atención sanitaria continuada a personas dependientes (definido como atención socio-sanitaria). Plazas destinadas a pacientes con un bajo nivel de autonomía que requieren cuidados o supervisión en un entorno sanitizado. Estas plazas disponen de financiación mixta, de forma que cada parte (SES y SEPAD) asume el 50% del coste.
- Plazas tipo 3 (T3): recursos residenciales y domiciliarios de atención y rehabilitación de la dependencia. Estas plazas se financian al completo a través del SEPAD.

Una peculiaridad del sistema extremeño es el hecho de que para acceder a cualquiera de estas plazas, los pacientes han de ser previamente evaluados de acuerdo al procedimiento administrativo vigente. Sin embargo, la Comunidad posee conciertos con algunos centros privados (Fundación San Juan de Dios) en los que el acceso no está tan sometido a procedimientos administrativos, pudiendo los pacientes ser directamente referidos tras una hospitalización previa. Dichas plazas están contabilizadas en el presente estudio.

## GALICIA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	2.734.656
Población >65 años (habitantes)	655.760
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	92,5
Altas hospitalarias	248.445
Altas hospitalarias >65 años	123.095
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	188

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	70
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,03
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	0,11
Ingresos en centros sociosanitarios	
Estancia media (días)	
Unidades HAD	17
Pacientes HAD	3.306
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	5,04
% HAD sobre altas >65 años	2,7%
Plazas residencias	18.368
Plazas residencias / 100 personas >65 años	2,80
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	

### Otros datos de interés

La Consellería de Sanidade publicaba en 2013 el Plan Marco para la atención sociosanitaria en Galicia con la intención de estudiar y analizar la situación actual, y marcar las líneas estratégicas de asistencia sanitaria en los próximos años, identificando las necesidades específicas de colectivos de pacientes con necesidades sanitarias y sociales simultáneas.

En un estudio inicial de los recursos definidos en Galicia como sociosanitarios, se realizó previamente la definición de recurso sociosanitario desde la perspectiva sanitaria y social tratando de englobar centros, servicios y programas coordinados conjuntamente. Por esto se entendió que, además de la debida autorización de la actividad por parte de la consellería correspondiente, se establecieran como criterios a cumplir para la selección y diferenciación de recursos sociosanitarios la prestación de atención sanitaria y social conjunta, desarrollando actividades sanitarias y de atención social de forma complementaria.

El Plan Marco define tres líneas de actuación generales a alcanzar:

1. Conseguir un sistema de atención compartido y coordinado entre la red de servicios sociales y sanitarios, desarrollando instrumentos de gestión que permitan su confluencia.
2. Identificar y atender a las personas con necesidades de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario.
3. Garantizar el nivel de excelencia futura a través de la innovación, el desarrollo de los sistemas de información y la promoción de las nuevas tecnologías.

Como acciones específicas para alcanzar estas medidas destacan la definición de una cartera de servicios sociosanitarios única y su sistema de acceso, mejorar la coordinación de los servicios sanitarios y sociales mediante una planificación conjunta, desarrollar herramientas de identificación de pacientes con riesgo de perfil sociosanitario, apuesta por la innovación y las nuevas tecnologías (teleasistencia, telemedicina) y adaptar los sistemas de información con la información de carácter sociosanitario.

## COMUNIDAD DE MADRID



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	6.385.298
Población >65 años (habitantes)	1.082.290
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	795,4
Altas hospitalarias	497.583
Altas hospitalarias >65 años	217.640
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	201

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor <sup>22</sup>
Plazas M/L estancia	1.332
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,21
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	1,23
Ingresos en centros sociosanitarios	-
Estancia media (días)	-
Unidades HAD	5
Pacientes HAD	4.415
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	4,08
% HAD sobre altas >65 años	2,0%
Plazas residencias	48.380
Plazas residencias / 100 personas >65 años	4,47
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	-

### Otros datos de interés

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) dispone de una Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria con tres grupos de trabajo en diferentes áreas: casos de complejidad al alta hospitalaria, mapa de recursos sociosanitarios y sistemas de información.

La atención a la población dentro del modelo sanitario vigente en la Comunidad de Madrid requiere que la organización del sistema asegure la continuidad asistencial y de cuidados entre los distintos ámbitos asistenciales mediante acciones que refuercen el vínculo, la relación y el compromiso entre la atención hospitalaria, la atención primaria y el entorno social del paciente.

En el año 2010 se desarrolló un modelo específico de gestión de la continuidad asistencial basado en la creación de la figura de los Directores de Continuidad Asistencial, para los que se definen sus funciones, y una referencia de coordinación para todo el Servicio Madrileño de Salud: Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial (CDCA). En el último año esta CDCA ha focalizado sus esfuerzos en la gestión de pacientes crónicos, en la promoción y coordinación para la consecución de objetivos en materia de continuidad asistencial y en la colaboración en el desarrollo de herramientas informáticas para potenciar la comunicación entre los ámbitos sanitario y social.

En marzo de 2015 el SERMAS y el Instituto de Innovación y Desarrollo de la Responsabilidad Social Sociosanitaria (INIDRESS) alcanzaron un acuerdo de colaboración para crear un marco asistencial sociosanitario que acoja acciones en materia de formación, información y comunicación de los pacientes y sus cuidadores, dirigidas a mejorar su autocuidado.

<sup>22</sup> No se disponen de algunos datos debido a la no participación de la comunidad en el estudio.

## REGIÓN DE MURCIA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	1.463,773
Población >65 años (habitantes)	221.980
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	129,4
Altas hospitalarias	118.721
Altas hospitalarias >65 años	47.585
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	201

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	687
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,47
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	3,09
Ingresos en centros sociosanitarios	2.222
Estancia media (días)	105,7
Unidades HAD	2
Pacientes HAD	266
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	1,20
% HAD sobre altas >65 años	0,6%
Plazas residencias	4.847
Plazas residencias / 100 personas >65 años	2,18
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	0

### Otros datos de interés

El Plan Sociosanitario en vigor en la región ha desarrollado un modelo específico para la inclusión de pacientes en el circuito sociosanitario. Dicha inclusión puede ser solicitada desde los hospitales, atención primaria y servicios sociales. Tras la solicitud el paciente en cuestión es valorado por una Unidad de Gestión, Evaluación y Valoración antes de la asignación del recurso sociosanitaria que sea adecuado para el paciente. Dicha valoración es realizada por un equipo multidisciplinar: médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Tras la asignación de recursos que corresponda el paciente es sometido a un seguimiento sociosanitario.

Los recursos sanitarios que contempla el plan para los pacientes de perfil sociosanitario con los siguientes:

- Unidades Sociosanitarias.
- Plazas concertadas en centros sanitarios.
- Atención domiciliaria sanitaria.
- Enfermeras gestoras de casos.
- Cuidados paliativos.
- Otros recursos sanitarios.

La Región de Murcia no dispone de centros de media y larga estancia de carácter público. La oferta existente se concentra en el sector privado, siendo el 35% de los centros de tipo benéfico.

Adicionalmente, se ponen a disposición del paciente los recursos sociales que sean necesarios: ayuda a domicilio, residencias sociales, asociaciones, estancias diurnas, etc.



## COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	636.402
Población >65 años (habitantes)	121.429
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	61,2
Altas hospitalarias	55.441
Altas hospitalarias >65 años	24.918
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	205

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	192
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,30
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	1,58
Ingresos en centros sociosanitarios	1.036 <sup>23</sup>
Estancia media (días)	69,8
Unidades HAD	3
Pacientes HAD	2.026
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	16,68
% HAD sobre altas >65 años	8,1%
Plazas residencias	6.313
Plazas residencias / 100 personas >65 años	5,20
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	3.022

### Otros datos de interés

La atención sociosanitaria en la comunidad está regida por el Plan Foral de Atención Sociosanitaria del año 2000. Para hacer frente a las nuevas necesidades sociosanitarias, se propone la creación de un nuevo modelo de atención, con una organización más eficiente de los recursos y una concepción comunitaria de los cuidados.

Además de definir los recursos sociosanitarios, el Plan Foral establece las siguientes medidas:

- Desarrollo y potenciación de la Atención Primaria Sociosanitaria.
- Puesta en marcha de un programa de gestión de altas hospitalarias.
- Ejecución de un programa específico para personas con enfermedad mental.
- Lanzamiento de un programa de apoyo a personas cuidadoras.
- Mejora de la coordinación sociosanitaria.
- Implantación de la multidisciplinariedad como metodología de trabajo fundamental entre los profesionales sanitarios y sociales.
- Actualización de los sistemas de información de la atención sociosanitaria.

La autorización de los centros se realiza de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente: Decreto Foral 214/1997 de regulación de las autorizaciones para la creación, modificación y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios; y, Orden Foral 37/1999 de establecimiento de los requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios sin internamiento

<sup>23</sup> No se encuentra disponible el número de ingresos de los centros Benito Menni, Padre Menni, San Isidro Lumbier y Josefina Arregui.

## PAÍS VASCO



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	2.165.100
Población >65 años (habitantes)	462.773
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	299,3
Altas hospitalarias	203.325
Altas hospitalarias >65 años	100.106
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	216

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	665
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,31
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	1,44
Ingresos en centros sociosanitarios	
Estancia media (días)	
Unidades HAD	10
Pacientes HAD	6.509
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	14,07
% HAD sobre altas >65 años	6,5%
Plazas residencias	18.270
Plazas residencias / 100 personas >65 años	3,95
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	

### Otros datos de interés

Las líneas de actuación, objetivos y alcance de la atención sociosanitaria en el País Vasco se recoge en el Documento Marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria, de diciembre de 2010. Las principales características del espacio sociosanitario en el País Vasco son las siguientes:

- Desarrollo muy dilatado y con ritmos y dinámicas muy diferentes entre las diferentes regiones de la comunidad.
- Oferta de plazas y recursos limitada.
- Disparidad en los modelos establecidos, con una oferta de servicios y unas fórmulas de financiación heterogéneas.
- Escaso desarrollo del espacio sociosanitario en el ámbito de la atención primaria.
- Dificultades para el ejercicio del papel dinamizador que corresponde a los consejos de atención sociosanitaria.

En definitiva, el documento expresa la necesidad de consolidar la atención sociosanitaria en la región, siendo imprescindible acelerar el ritmo de avance en todos los niveles para cubrir las necesidades florecientes de la población.

La autorización de centros se regula mediante el Decreto 31/2006, impulsado por los cambios normativos derivados de la aparición de normativas como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto 1277/2003, que establece una clasificación, denominación y definición común para todos ellos y según su clase o naturaleza. No existe normativa específica para los centros y unidades de tipo sociosanitario.

## LA RIOJA



### Datos demográficos

Variable	Valor
Población total (habitantes)	313.569
Población >65 años (habitantes)	62.824
Densidad de población (habitantes/km <sup>2</sup> )	62,2
Altas hospitalarias	29.009
Altas hospitalarias >65 años	14.191
Altas hospitalarias >65 años / 1.000 habitantes	226

### Datos sociosanitarios

Variable	Valor
Plazas M/L estancia	188
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes	0,60
Plazas M/L estancia / 1.000 habitantes >65 años	2,99
Ingresos en centros sociosanitarios	1.136
Estancia media (días)	56,9
Unidades HAD	2
Pacientes HAD	1.832
Plazas HAD / 1.000 habitantes > 65 años	29,16
% HAD sobre altas >65 años	12,9 %
Plazas residencias	3.090
Plazas residencias / 100 personas >65 años	4,92
Plazas sociosanitarias concertadas en residencias	0

### Otros datos de interés

La atención sociosanitaria no se encuentra regulada mediante la legislación vigente, aunque sí que se disponen de determinadas estrategias para su desarrollo. La estancia en cuidados intermedios tiene un coste de 115€ con servicios de rehabilitación y 105€ sin rehabilitación. Estas tarifas incluyen 7€ de prestación farmacéutica diaria. En caso de ser superior el gasto farmacéutico, se factura aparte.

Por el momento desde la convalecencia, los pacientes deben volver al domicilio habitual, ya sea el hogar o una residencia pública o privada. Dentro de las residencias, hay diferentes carteras de servicios, de tal modo que algunas de ellas cuentan con servicios de fisioterapia. En determinados casos, se intenta evitar el paso de los pacientes por los servicios de convalecencia y son ingresados directamente en alguna de estas residencias.

El principal problema que tiene que afrontar la comunidad es la prolongación de la estancia media en los centros de convalecencia, en los que se quedan pacientes “bloqueados” que no pueden volver al domicilio por el grado de dependencia que les queda, o porque carecen de cuidadores directos o recursos para costearse una plaza en un centro privado hasta que se conceda la plaza pública de residencia o cuidador particular las 24h en el domicilio. Por este motivo, se está concibiendo un proyecto para crear plazas de convalecencia en residencias de mayores, destinadas a aquellos pacientes que superada la fase de cuidados intermedios (más sanitaria propiamente dicha) tengan que prolongar su estancia hasta que les llegue el recurso social definitivo. Actualmente, el proyecto se encuentra en fase de negociación con los Servicios Sociales de la Comunidad.

Por otra parte, La Rioja dispone de un programa de dispensación de medicamentos desde la Farmacia Hospitalaria a las residencias de más de 100 residentes, dando servicio a 2.000 plazas de residentes.

---

## 9.2. Estudio de camas liberables de agudos

Los siguientes datos fueron los tenidos en cuenta para el estudio de camas ocupadas por pacientes sociosanitarios, y por tanto liberables. El algoritmo empleado en el cálculo fue el siguiente:

1. **Definición de los GRD de crónicos:** Utilizamos la relación de 50 GRD con una mayor proporción de derivación a *nursing homes* al alta elaborada por el Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) del *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) estadounidense.
2. **Estancias Medias Hospitalarias:** a partir de la base de datos del Sistema Nacional de Salud y del *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) hemos extraído las altas y las estancias medias hospitalarias de cada uno de los 50 GRD de Larga Estancia definidos.
3. **Ajuste entre GRD utilizados por el SNS y por el CMS:** debido a que las dos administraciones (SNS y CMS) no utilizan la misma versión de GRD ha sido necesario realizar ajustes para su comparación. En los casos en los que un GRD del SNS integra más de un GRD del CMS, se ha calculado su estancia media mediante una media ponderada.
4. **Estimación de estancias y camas utilizadas inadecuadamente:** la estimación de estancias potencialmente inadecuadas se ha realizado calculando la diferencia entre la estancia media en España y en Medicare. Una vez obtenidas las estancias, se calculan las camas que correspondería a estas estancias si el hospital tuviese una ocupación del 85%. La utilización de esta tasa de ocupación algo superior a la real es conservadora, estimando por tanto un número menor de camas utilizadas inadecuadamente.
5. **Cálculo de las estancias y camas utilizadas inadecuadamente:** de acuerdo a este estudio, en España se utilizarían inadecuadamente 4.341 camas de agudos, el equivalente a 145 unidades de hospitalización de tamaño estándar. Esto implicaría 1,35 millones de estancias inadecuadas, con un coste asociado de más de 884,8 millones de €. Esta demanda debería satisfacerse desde el ámbito sociosanitario, aunque como veremos, en muchas comunidades no existen los recursos suficientes para hacerlo.

Tabla 16: Estudio de camas liberables ocupadas por pacientes sociosanitarios

GRD	Descripción GRD	Altas	Estancia Media	Estancias Evitables	Nº camas "liberables"
881	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA + 96 hrs	1.774,0	22,9	15.132,2	48,8
87	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	30.145,0	7,1	64.510,3	207,9
584	SEPTICEMIA EDAD>17	26.958,0	11,0	8.087,4	26,1
271	ULCERAS CUTANEAS	2.323,0	11,4	11.127,2	35,9
264	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	1.310,0	10,0	5.790,2	18,7
882	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA <96 hrs	2.723,0	12,4	15.112,7	48,7
465	CUIDADOS POSTERIORES CON HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	740,0	4,9	310,8	1,0
466	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	6.980,0	5,6	7.398,8	23,8
238	OSTEOMIELITIS	747,0	11,6	2.607,0	8,4
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	28.892,0	6,7	47.094,0	151,8
316	INSUFICIENCIA RENAL	18.283,0	7,3	21.208,3	68,4
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	4.040,0	6,9	3.474,4	11,2
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	4.217,0	7,7	4.006,2	12,9
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	3.961,0	5,2	-5.981,1	0,0
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	5.902,0	8,3	6.610,2	21,3
89	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	29.914,0	7,7	51.452,1	165,8
877	OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRAST. ORL CON PROC. QUIR. MAYOR	4.414,0	64,2	175.544,8	565,8
76	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	3.208,0	9,9	-4.010,0	0,0
77	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	2.466,0	4,7	-15.683,8	0,0
263	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	1.051,0	18,1	5.475,7	17,7
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	64.978,0	7,1	77.323,8	249,2
898	INFECCIONES Y PARASITOSIS CON PROC. QUIRURGICO	1.144,0	14,6	812,2	2,6
468	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL	8.440,0	13,2	506,4	1,6
294	DIABETES EDAD>35	9.062,0	5,9	19.936,4	64,3
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	4.770,0	8,0	8.490,6	27,4
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	513,0	6,9	-3.729,5	0,0
895	TRASTORNOS MAYORES GASTROINTESTINALES E INFECCIONES PERITONEALES	6.983,0	7,3	-3.770,8	0,0
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	6.149,0	5,7	-4.611,8	0,0
320	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	19.692,0	6,8	32.098,0	103,5
269	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA CON CC	1.547,0	6,6	-4.053,1	0,0
170	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	2.087,0	11,2	9.558,5	30,8
80	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD>17 SIN CC	3.083,0	7,8	5.210,3	16,8
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	8.403,0	7,7	5.209,9	16,8
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	8.615,0	6,6	7.495,1	24,2
90	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	13.863,0	5,8	18.299,2	59,0
462	REHABILITACION	6.078,0	34,0	143.683,9	463,1
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	5.438,0	4,5	2.501,5	8,1
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	8.695,0	4,5	608,6	2,0
296	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	6.058,0	7,4	17.628,8	56,8
120	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	1.238,0	12,6	5.236,7	16,9
126	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	920,0	21,4	10.975,6	35,4
321	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	19.766,0	4,7	17.394,1	56,1

GRD	Descripción GRD	Altas	Estancia Media	Estancias Evitables	Nº camas "liberables"
430	PSICOSIS	37.137,0	18,9	426.332,8	1374,2
79	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD>17 CON CC	6.629,0	9,6	12.727,7	41,0
287	INJERTO DE PIEL & DESBRIDAMIENTO HERIDA POR TRAST. ENDOCR., NUTR. & METAB.	283,0	17,7	3.059,2	9,9
331	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	3.311,0	6,7	1.026,4	3,3
899	INFECCIONES POSTOPERATORIAS O POSTRAUMATICAS CON PROC. QUIRURGICO	2.857,0	13,2	-685,7	0,0
580	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	6.607,0	11,8	14.997,9	48,3
256	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	4.110,0	7,7	6.247,2	20,1
551	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	14.222,0	8,9	54.470,3	175,6
<b>Totales</b>		<b>282.087,0</b>		<b>1.304.247,3</b>	<b>4.341,00</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Centers for Medicare & Medicaid Services (2015) y CMBD- Registro Atención Especializada (2014).

---

## 10. Bibliografía

### 10.1. Estudios consultados para la revisión de literatura

1. Ariss SM, Enderby PM, Smith T, Nancarrow SA, Bradburn MJ, Harrop D, et al. Secondary analysis and literature review of community rehabilitation and intermediate care: an information resource. *Health Serv Deliv Res* 2015;3(1).
2. Amitabh C, Maurice AD, Holmes J. Large increases in spending on postacute care in medicare point to the potential for cost savings in these settings. *Health Affairs* (2013), 32; 5: 864-72.
3. Beeuwkes Buntin M, Datar Garten A, Paddock S, Saliba D, Totten M, Escarce JJ. How much is postacute care use affected by its availability? *Health Services Research* (2005), 40; 2: 413-34.
4. Bowles KH, Ratcliffe SJ, Holmes JH, Liberatore M, Nydick R, Naylor MD. Post-acute referral decisions made by multidisciplinary experts compared to hospital clinicians and the patients' 12-week outcomes. *Med Care* (2008); 46: 158-66.
5. Cunliffe AL, Gladman JR, Husbands SL, Miller P, Dewey ME, Harwood RH. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing* (2004); 33: 246-52.
6. Dahl U, Johnsen R, Sætre R, Steinsbekk A. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients – a retrospective comparative cohort study. *BMC Health Services Research* (2015), 15: 48.
7. Dahl U, Steinsbekk A, Jenssen S, Johnsen R. Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without intermediate care hospital – a qualitative study of health professionals' experiences. *International Journal of Integrated Care* (2014), 14.
8. Dahl U, Steinsbekk A, Johnsen R. Effectiveness of an intermediate care hospital on readmissions, mortality, activities of daily living and use of health care services among hospitalized adults aged 60 years and older – a controlled observational study. *BMC Health Services Research* (2015), 15: 351.
9. Dawda P, Russell L. Sub-acute care: an international literatura review. Australian Primary Health Care Research Institute (Australian National University). Mayo 2014.
10. Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Førde OH. Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Services Research* (2011), 11: 287.
11. Fjaertoft H, Indredavik B, Johnsen R, Lydersen S. Acute stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term effects on quality of life. A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* (2004); 18: 580-6.
12. Green J, Young J, Forster A. Effects of locality based community hospital care on Independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. *BMJ* (2005); 331: 317-22.
13. Huusko T, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *British Medical Journal* (2000), 7269; 321: 1107-11.

14. Indredavik B, Fjaertoft H, Ekeberg G, Loge AD, Mørch B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: a randomized controlled trial. *Stroke* (2000); 31: 2989-94.
15. Inzitari M, Espinosa Serralta L, Pérez Bocanegra MC, Roquè Fíguls M, Argimón Pallàs JM, Farré Calpe J. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. *Gaceta Sanitaria* (2012), 26; 2: 166-69.
16. Johannessen AK, Lurås H, Steihaug S. The role of an intermediate unit in a clinical pathway. *International Journal of Integrated Care* (2013), 13.
17. Kaambwa B, Bryan S, Barton P. Costs and health outcomes of intermediate care: results from five UK case study sites. *Health Soc Care Community* (2008); 16: 573-81.
18. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy* (2015), 0 (0): 1-12.
19. May P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C, Stefanis L, Smith TJ, Morrison RS. Palliative care teams' cost-saving effect is larger for cancer patients with higher number of comorbidities. *Health Affairs* (2016), 35; 1: 44-53.
20. McMaster Health Forum. Examining the effectiveness and cost-effectiveness of rehabilitation-care models for frail seniors. McMaster University, septiembre 2013.
21. Nancarrow S. The impact of intermediate care services on job satisfaction, skills and career development. *J Clin Nurs* (2007), 16; 7: 1222-9.
22. Parker G. What works and what doesn't in intermediate care? Presentación en la Conferencia de Intermediate Care del King's Fund y BMA Age Concern England, 18 marzo 2002. LondonLondres: BMA House.
23. Polder JJ, van Balen R, Steyerberg EW, Cools HJ, Habbema JD. A cost-minimisation study of alternative discharge policies after hip fracture repair. *Health Economics* (2003); 12: 87-100.
24. Rozzini R, Sabatini T, Trabucchi M. The network for elderly care in Italy: only a correct use of the acute wards allows an overall functioning of the health care system. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences* (2003), 58; 2: 190-1.
25. Saysell E, Routley C. Pilot project of an intermediate palliative care unit within a registered care home. *Int J Palliat Nurs* (2004), 10; 8: 393-8.
26. Shepperd S, Iffle S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *The Cochrane Library 2* (Cochrane review), 2002.
27. Steiner A. Intermediate Care: a conceptual framework and review of the literature. King's Fund, 1997.
28. Taraldsen K, Sletvold O, Thingstad P. Physical behavior and function early after hip fracture surgery in patients receiving comprehensive geriatric care or orthopedic care - a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (2013).
29. Trappes-Lomax T, Ellis A, Fox M, Taylor R, Stead J, Power M, Bainbridge I et al. Buying time: an evaluation of the effectiveness and cost-effectiveness of a joint health/social care residential rehabilitation unit for older people on discharge from hospital. University of Exeter, 2002.



- 
30. Williams AP, Lum J, Morton-Chang F, Kuluski K, Peckham A, Warrick N, Ying A. Integrating long-term care into a community-based continuum: shifting from “beds” to “places”. IRPP Study 59, Febrero 2016.
  31. Wilson A, Wynn A, Parker H. Patient and carer satisfaction with “hospital at home”: quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice* (2002), 52; 474: 9-13.

## 10.2. Otra bibliografía consultada

32. Abrahamsen JF, Rozzini R, Boffelli S, Cassinadri A, Ranhoff AH, Trabucchi M. Comparison Of Italian and Norwegian Postacute Care Settings for Older Patients in Need of Further Treatment and Rehabilitation after Hospitalization. *The Journal of Aging Research & Clinical Practice* (2012).
33. Age UK. Intermediate care and reablement. Factsheet 76, Mayo 2016.
34. Antares Consulting. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona, Marzo 2010.
35. Antares Consulting para la Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE). Análisis del Mercado Residencial para las personas mayores en España, Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia: Perspectivas para el Mercado Español. Noviembre 2014.
36. Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI). Financement des soins. Forum Helvétique sur l’Accueil Prolongé des Personnes Âgées. Berna/Zurich, abril 2004.
37. Commission on the Future of Health and Social Care in England. A new settlement for health and social care: final report. The King’s Fund, Londres 2014.
38. Commission on the Future of Health and Social Care in England. Statement, Noviembre 2015.
39. Curry N, Holder H, Patterson L. Caring for an ageing population: points to consider from reform in Japan. Research report. Nuffield Trust, Noviembre 2013.
40. De Pietro C, Camenzind P, Sturny I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition* (2015), 17; 4. European Observatory on Health Systems and Policies.
41. Department of Health. Intermediate care: moving forward. Londres: Department of Health, 2002.
42. Department of Health. Shaping the future NHS: long term planning for hospital and related services. Consultation document on the findings of the national beds inquiry. Londres, 2000.
43. Dieterich A, Kümpers S. Prevention and Rehabilitation for Older People with Long Term Care Needs: German National Report. Interlinks, Berlín 2009.
44. Fundación Economía y Salud. Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud: iniciativas para avanzar en el recorrido. Noviembre 2013.
45. Fundación Edad & Vida. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. Marzo 2015.
46. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Adequació de la xarxa sociosanitària en l’atenció a la cronicitat. Barcelona, Enero 2015.
47. IMSERSO. Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia. Capítulo VII: Coordinación Sociosanitaria. Madrid, 2004.

48. King's Fund. Preventing dependency and promoting Independence of older people: key issues for improving performance in health and social care. Londreson: King's Fund, 2001.
49. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
50. Medicare. A date book: Health care spending and the Medicare program. Section 8: Post-acute care. Junio 2015.
51. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid, 15 de Diciembre 2011.
52. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Coordinación y Atención Sociosanitaria: informe. Madrid, 7 de marzo 2013.
53. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento base para una Atención Integral Sociosanitaria. Madrid, mayo 2015.
54. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los Sistemas Sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013. Sistema de Información Sanitaria, Información y estadísticas sanitarias, 2014.
55. Ministero Della Salute. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale: anno 2011. Mayo 2014.
56. National Collaboration for Integrated Care and Support. Integrated Care and Support: our shared commitment. Mayo 2013.
57. Naylor C, Das P, Ross S, Honeyman M, Thompson J, Gilbert H. Bringing together physical and mental health: a new frontier for integrated care. The King's Fund, Londres, Marzo 2016.
58. Network Non Autosufficienza. L'assistenza Agli Anziani Non Autosufficienti In Italia 5° Rapporto: un futuro da ricostruire. Noviembre 2015.
59. Observatorio Suizo de Salud: <http://www.obsan.admin.ch/fr>. Consultado el 5 de septiembre de 2016.
60. OCDE. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Germany. Mayo 2011.
61. OCDE. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Switzerland. Mayo 2011.
62. Sánchez Fierro J, San Segundo JM. Análisis predictivo y escenarios en la atención sociosanitaria en España: Horizonte 2022. Universidad Europea de Madrid, 2013.
63. Sánchez Fierro J. Atención Sociosanitaria: ¿realidad o proyecto? Fundación Caser para la Dependencia.
64. Servicio Público Federal de Salud de Bélgica: <http://www.health.belgium.be/fr>. Consultado el 5 de septiembre de 2016.
65. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015.
66. Stevenson J, Spencer L. Developing Intermediate Care: a guide for health and social services professionals. King's Fund, 2002.
67. Wistow G, Waddington E, Fong Chiu L. Intermediate Care: balancing the system. Nuffield Institute for Health, 2002.

---

## 11. Autores y colaboradores

### 11.1. Comité de expertos

El presente estudio ha contado con la participación y asesoramiento del siguiente grupo de expertos:

- **Ramón Berra**, Director General de Sanyres
- **Gema Cancela**, Subdirectora Médica de HLA Grupo Hospitalario
- **Jesús Cubero**, Secretario General de AESTE
- **Reyes Gualda**, Gerente del Nou Hospital Evangèlic – representante de ACES
- **Esteban Imaz**, Secretario del Grupo PSN
- **José Luis Roselló**, Vicepresidente de la Fundación Edad & Vida
- **Albert Vergés**, Director General de la Fundación Edad & Vida

### 11.2. Otros colaboradores

Durante la elaboración del presente documento se llevó a cabo una reunión de expertos del sector para identificar las barreras y palancas del sector sociosanitario en España. Los participantes en la misma fueron los siguientes:

- **Gerardo Amunarriz**, Director General de la Fundación Matía
- **César Antón**, Director General del IMSERSO
- **Montserrat Cervera**, Directora de Antares Consulting
- **Joan Ferri**, Director del Servicio de Daño Cerebral de Hospitales Nisa
- **Vicente Gil**, Director Gerente del Hospital de Manises
- **Ana Miquel Gómez**, Médico de Atención Primaria del SERMAS, profesora en la Universidad Rey Juan Carlos y miembro de IFIC
- **Josep Pascual**, Director Técnico Asistencial de SARquavita
- **Julio Sánchez Fierro**, Vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario
- **Albert Vergés**, Director General de la Fundación Edad & Vida
- **Fernando Vicente**, Vocal Asesor del IMSERSO

### 11.3. Edición y redacción

El equipo responsable del trabajo de campo, redacción y revisión del presente estudio se encuentra formado por los siguientes profesionales:

Coordinación: **Manuel Vilches**, Director General de IDIS

- **Victoria Ramirez**, Directora de Proyectos de IDIS

- 
- **Carmen Ruiz**, Directora de Organización de IDIS
  - **Joan Barrubés**, Director de Antares Consulting
  - **Esteban Carrillo**, Senior Manager de Antares Consulting
  - **Bárbara Rosado**, Consultora de Antares Consulting

#### 11.4. Entidades que forman parte de IDIS

